ACADEMIE DE VERSAILLES

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

U F R DES SCIENCES DE LA SANTE PARIS – ILE-DE-FRANCE -OUEST

ANNEE 2012 **N°**

THESE

POUR LE DIPLOME

D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Saidj Samir

Né le 25 Février 1972

à Rueil-Malmaison

TITRE: Représentations et ressentis des médecins généralistes sur les normes de pratiques médicales auxquelles ils sont confrontés.

Présentée et soutenue publiquement le 18 Octobre 2012

Le Doyen	Le Président du jury	Vu et Permis d'imprimer
Pr Olivier Dubourg	Pr Pierre-Louis Druais	Le Président de l'Université

ACADEMIE DE VERSAILLES

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

U F R DES SCIENCES DE LA SANTE PARIS – ILE-DE-FRANCE -OUEST

ANNEE 2012 **N°**

THESE

POUR LE DIPLOME

D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Saidj Samir

Né le 25 Février 1972

à Rueil-Malmaison

TITRE: Représentations et ressentis des médecins généralistes sur les normes de pratiques médicales auxquelles ils sont confrontés.

Présentée et soutenue publiquement le 18 Octobre 2012

Le Doyen	Le Président du jury	Vu et Permis d'imprimer
Pr Olivier Dubourg	Pr Pierre-Louis Druais	Le Président de l'Université

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Pierre-Louis Druais
Vous me faites l'honneur de présider cette soutenance de thèse. Veuillez recevoir mes plus vifs remerciements et l'expression de mon profond respect.

Mesdames et Messieurs membres du jury
Vous me faites l'honneur de juger cette thèse. Que cette soutenance soit à la hauteur de vos attentes.

A mes directeurs de Thèse.
A Monsieur le docteur Alain Jami,
cette thèse a pu voir le jour grâce à toi. Merci de m'avoir guidé à chaque étape du projet, merci pour ta disponibilité et pour tout le temps que tu m'as consacré, merci également pour tes conseils avisés et tes réflexions éclairantes. Sois assuré de ma sincère et profonde reconnaissance.
A Monsieur le docteur Olivier Saint-Lary,
merci de m'avoir offert ce sujet de thèse très intéressant. Cette thèse a pu voir le jour également grâce à toi. Merci pour l'aide précieuse et experte que tu m'as apportée dans l'élaboration de ce travail. Accepte l'expression de ma sincère et profonde gratitude.

A Messieurs les docteurs Frédéric Urbain et Michel Villiers,
merci d'avoir gentiment accepté de participer à la phase de test du guide d'entretien, merci pour le temps que vous m'avez accordé et les conseils que vous m'avez prodigués.

J'exprime ma sincère reconnaissance à tous les médecins qui ont participé à cette recherche. Vous avez accepté avec gentillesse de m'aider à réaliser mon travail de thèse malgré des emplois du temps surchargés. Veuillez recevoir mes remerciements respectueux.

A Fabien,
merci pour tout, il n'y a malheureusement pas assez de place ici pour te remercier autant que tu le mériterais.

Mes remerciements à ma famille et mes amis pour leur soutien.

Table des matières

1 INTRODUCTION....7
2 QUELQUES PRÉCISIONS SUR LA NOTION DE NORME....13
3 METHODOLOGIE....15
3.1 Type d'étude....15
3.2 Recrutement des médecins généralistes....15
3.3 Réalisation des entretiens....17
3.4 Guide d'entretien....17
3.5 Analyse des entretiens....18
4 RÉSULTATS....20
4.1 Profils des médecins interviewés....20
4.2 Analyse thématique transversale des entretiens semi-dirigés....21
4.2.1 Représentation de la notion de normes de pratiques médicales....21
4.2.2 Champs médicaux d'application des normes de pratiques....22
4.2.3 Sources des normes de pratiques médicales....24
4.2.4 Normes scientifiques de pratiques médicales....29
4.2.4.1 Caractéristiques....29
4.2.4.2 Jugements sur les normes scientifiques....31
4.2.4.2.1 Validité médicale des normes scientifiques....31
4.2.4.2.2 Caractère légitime et nécessaire des normes scientifiques pour guider les pratiques. 34
4.2.4.3 Influences des normes scientifiques sur les pratiques médicales....36
4.2.4.4 Freins à l'application des normes scientifiques....40
4.2.4.5 Bénéfices ressentis de la diffusion de normes scientifiques....43
4.2.4.6 Statut attribué aux normes scientifiques par les médecins....46
4.2.4.7 Difficultés d'intégration des normes scientifiques dans les pratiques....47
4.2.4.8 Ressentis....49
4.2.5 Les normes de pratiques médicales promues par l'assurance maladie....51
4.2.5.1 Caractéristiques....51
4.2.5.2 Mesures de l'assurance maladie incitant au suivi de normes de pratiques médicales....53
4.2.5.3 Influence des normes de l'assurance maladie sur les pratiques médicales....55
4.2.5.4 Ressentis des médecins face aux normes de pratiques médicales de l'assurance maladie 57

4.2.5.5 Principe du paiement à la performance....61
4.2.6 Normes de pratiques médicales et considérations éthiques....63
4.2.7 Exigences concernant les normes de pratiques médicales....65
4.2.8 Ressentis face aux normes de pratiques médicales....67
4.2.9 Opinions sur des normes de pratiques médicales obligatoires....70
5 DISCUSSION....74
5.1 Synthèse-discussion des résultats....74
5.2 Discussion de la méthode: forces et limites....80
6 CONCLUSION....84
BIBLIOGRAPHIE....86
ANNEXE 1....90
ANNEXE 2....186
ANNEXE 3....187
GLOSSAIRE....188

1 INTRODUCTION

En 2009, l'assurance maladie obligatoire institue le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) (1,2); ce contrat, destiné aux médecins traitants libéraux conventionnés, met en place une rémunération à la performance. Celle-ci est conditionnée par le respect d'un taux de réalisation de certaines pratiques médicales qui sont définies comme des indicateurs de qualité et d'efficience économique. Divers champs sont concernés: la prévention, le suivi de maladies chroniques et l'optimisation économique de la prescription médicamenteuse (choix, à efficacité, tolérance et sécurité comparables, du traitement disponible le moins onéreux). Ainsi, pour exemple, il est demandé aux médecins qui ont adhéré au CAPI que 65% de leurs patients diabétiques aient bénéficié de 3 ou 4 dosages d'hémoglobine glyquée (fraction HbA1C) dans l'année. Les pratiques médicales valorisées par cette mesure sont établies par l'assurance maladie obligatoire à partir d'un argumentaire tiré des recommandations émanant d'agences de santé françaises (HAS, AFSSAPS) et de recommandations internationales qui reflètent les données actuelles de la science. Ce dispositif, selon ses promoteurs, a été créé dans le but de réduire l'écart entre les pratiques médicales actuelles et les recommandations de bonne pratique afin d'améliorer la qualité des soins (2).

La convention médicale de 2011 (3) qui régit les rapports entre l'assurance maladie et les médecins libéraux ainsi que leurs obligations réciproques reprend ce principe de rémunération à la performance en l'étendant à de nouveaux indicateurs de qualité pour les pratiques médicales. Elle introduit également des indicateurs qui concernent l'organisation et la qualité de service. Ce dispositif de rémunération à la performance qui valorise le respect de pratiques médicales que l'assurance maladie définit comme des pratiques de qualité consacre ces dernières en normes. Ces normes ont pour caractéristique essentielle de prescrire, en référence à un jugement de valeur, ce qu'il convient de faire, ce qui est attendu.

Cette entreprise de normalisation des pratiques médicales n'est pas nouvelle, elle s'inscrit

dans la politique de maîtrise médicalisée des dépenses de santé voulue par les pouvoirs publics et l'assurance maladie. Dans un contexte déficitaire de l'assurance maladie, ce concept, apparu au début des années 1990, se fixe pour objectif d'optimiser les pratiques médicales en terme d'efficacité et de sécurité et de maîtriser les dépenses de santé. Cette volonté d'amélioration de la qualité des soins dispensés aux patients tire son origine de la constatation d'une importante hétérogénéité des pratiques médicales qui ne semble pas s'expliquer par des conditions épidémiologiques particulières ni même par la singularité des situations cliniques (4). Une des causes de cette variabilité semble se situer dans l'absence de consensus spontané dans la profession médicale sur ce que serait la meilleure pratique. La politique de maîtrise médicalisée va alors se traduire par une succession de mesures qui visent à faire coïncider les pratiques médicales avec des «règles de l'art». Ces règles seront établies en se fondant sur les recommandations des agences d'expertise scientifique (l'ANDEM, à laquelle succèdera l'ANAES en 1997, puis l'HAS en 2005 ou encore l'AFSSAPS). Pour parvenir à ce résultat, différentes modalités pour influencer les pratiques médicales des médecins vont être utilisées: sanctions, incitations, pédagogie ou encore mise en place de contrats de pratiques.

La première de ces mesures voit le jour en 1993 sous la forme de normes obligatoires. La convention médicale de 1993 introduit le concept de références médicales opposables (RMO) (5). Ces RMO identifient des soins et des prescriptions médicalement inutiles (elles se présentent, en pratique, comme des injonctions de ne pas faire). Elles sont élaborées à partir des données de la science. Elles résultent du consensus entre les experts de l'assurance maladie et les syndicats médicaux avec le soutien des agences de santé françaises (ANDEM puis ANAES et AFSSAPS). Le non-respect répété de ces références donne lieu à des sanctions financières. Le contrôle des RMO a montré que sur une période de 2 ans, sur 21 000 médecins contrôlés, 48% avaient dérogé à la règle. Les difficultés de contrôlabilité liées à des exceptions reconnues et à des imprécisions dans certains libellés ajoutées à une scientificité douteuse de certaines RMO amèneront le service médical de l'assurance maladie à demander en 1998 à ses médecins-conseil d'éviter «le contrôle d'une réglementation qui ne correspond manifestement pas aux données actuelles de la science;

les contrôles mobilisant des moyens sans commune mesure avec le retour d'investissement prévisible» (6). En Octobre 1999, le dispositif de sanctions sera rejeté par un arrêt du conseil d'Etat à propos du règlement conventionnel minimal (règlement régissant les rapport entre assurance maladie et médecins en l'absence de convention) applicable aux spécialistes pour des raisons purement juridiques. En novembre 1999, le Conseil d'Etat confirmera cet arrêt à propos de la convention nationale des médecins généralistes (5).

Au début des années 2000, les pouvoirs publics autorisent la mise en place de dispositifs contractuels collectifs ou individuels. Leur objectif est de promouvoir des pratiques médicales qui répondent à des critères de qualité pour l'assurance maladie, de sécurité et d'efficience (7). Ainsi des accords de bon usage des soins (AcBUS), des contrats de bonne pratique et des contrats de santé publique ont pu être passés entre l'assurance maladie et les médecins dans le cadre conventionnel. A partir de 2004 ces contrats ont été soumis à un avis consultatif de l'ANAES (rôle repris ensuite par la HAS) sur leur légitimité médicale et scientifique.

En 2004, sont institués des procédures d'accords préalables pour certains médecins (2). On ne compare plus les pratiques médicales des médecins à des pratiques considérées comme optimales en fonction des connaissances scientifiques du moment mais à la moyenne de ce qui est pratiqué par les autres médecins. Ainsi les médecins dont les pratiques s'éloignent significativement de leur groupe professionnel régional ou local sont soumis à une demande d'accords préalables par leur caisse primaire d'assurance maladie pour une période de 2 mois. Il s'agit en pratique d'une vérification de la légitimité des prescriptions par les médecins-conseil de l'assurance maladie. Cette procédure a d'abord porté sur la prescription des arrêts de travail. Elle a ensuite été étendue à la prescription d'actes, de médicaments et autres produits, et à la réalisation de certains actes.

Parallèlement à cette entreprise de normalisation basée sur la sanction, la contractualisation ou le contrôle, d'autres mesures de type pédagogiques ont été instaurées dans le but de promouvoir le respect de normes de pratiques médicales. Ces mesures basées sur l'hypothèse que dès lors que les médecins sont conscients de l'écart qui existe entre leurs pratiques réelles et la pratique attendue (en termes d'efficacité et de sécurité au regard des

données de la science), ils feront évoluer leurs pratiques afin de se conformer à ce qu'elles devraient être (4). C'est dans cette optique que le concept d'évaluation des pratiques professionnelles est introduit dans le domaine de la médecine libérale en 1999 (4,8). L'évaluation se fera en comparant la pratique du médecin à des référentiels réalisés ou labellisés par l'ANAES. Cette évaluation des pratiques professionnelles sera rendu obligatoire en 2004.

L'assurance maladie utilise également une sensibilisation directe et individuelle des médecins dans le but d'induire une auto-régulation de leurs pratiques. Le relevé individuel d'activité et de prescriptions (RIAP) trimestriel établi par l'assurance maladie apporte aux médecins des informations qui permettent de se situer par rapport à des données moyennes locales (2). Par ailleurs, sur la base de la loi de santé publique du 13 Août 2004 qui prévoit la promotion des bonnes pratiques médicales, l'assurance maladie a mis en place des contacts directs de sensibilisation par les délégués de l'assurance maladie auprès des professionnels libéraux. Des échanges confraternels avec des praticiens-conseil concernant entre autres l'asthme, l'HTA, les antibiotiques ou encore les statines sont également organisés (4,9).

L'ensemble de ces mesures et dispositifs sont mis en place par l'assurance maladie. Certaines ont été favorisées par les pouvoirs publics. Elles mettent en évidence la volonté de faire coïncider les pratiques des médecins libéraux avec des «règles de l'art» élaborées à partir des données actualisées de la science, sur des critères d'efficacité et de sécurité tout en intégrant une dimension d'efficience médico-économique (dimension prévue par l'article L162-2-1 du code de la sécurité sociale).

Cette entreprise de normalisation initiée dans les années 1990 a été grandement facilitée et amplifiée par l’émergence concomitante d'une nouvelle conception de la pratique clinique issue des rangs mêmes de la profession médicale: l'evidence-based medicine (EBM) ou médecine fondée sur les preuves.

Le principe de l'EBM est apparu dans les années 1970 à l'université de McMaster au Canada (10). Initialement utilisée comme méthode pédagogique d'enseignement, son principe réside dans une méthode d'évaluation de la qualité scientifique de la littérature

médicale dans le but de répondre à une question concernant la stratégie clinique à mettre en œuvre. Cette démarche tire son origine de l'essor pris par la recherche clinique utilisant des méthodes statistiques, familières des épidémiologistes, pour juger de l'efficacité et de la sécurité des traitements et des moyens de prévention et pour établir la valeur des tests diagnostics et des marqueurs pronostics (11). Dans les années 1990, elle gagne la pratique médicale, avec pour objectif d'améliorer la qualité des pratiques cliniques. Elle prône l'utilisation des données de la science les plus probantes dans la prise en charge de chaque patient par opposition à une pratique basée sur l'opinion ou sur l'avis d'experts. Ces données seront ensuite soumises au jugement clinique du médecin et pondérées par les valeurs et préférences du patient pour leur application pratique. Pour cela, elle met en avant la nécessité de réaliser une lecture critique des méthodes utilisées dans les études cliniques afin de juger de la validité et de la fiabilité de leurs résultats. Si la méthode a été correctement choisie pour répondre au questionnement clinique, les résultats peuvent alors être pris en compte. Elle consacre ainsi notamment l'utilisation des essais cliniques randomisés contrôlés en double aveugle à grande échelle qui est une méthode de référence (gold standard) selon les promoteurs de l'EBM (12). Elle s'applique aux interventions diagnostiques ou thérapeutiques. Les méta-analyses permettent d'agréger les résultats de ces essais. Cette démarche critique des données produites par la recherche scientifique permet d'établir la synthèse de l'état des connaissances relatives au diagnostic, au traitement et à la prévention de diverses situations cliniques. Elle permet aussi d'établir un niveau de preuve en fonction des caractéristiques méthodologiques des études et de leur capacité à faire émerger des résultats probants (13).

Cette volonté d'améliorer la qualité des pratiques médicales en y intégrant la recherche de la meilleure preuve scientifique disponible va se traduire par la multiplication de recommandations pour la pratique clinique (ou guidelines). Leur rôle sera de réaliser une synthèse de «l'état de l'art». Bien que définies comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient dans leur décision, à pondérer par le jugement clinique du médecin et les valeurs et préférences du patient (14), les pouvoirs publics et l'assurance maladie en France (mais dans de nombreux pays occidentaux

également) y ont vu un outil qui permet d'établir des normes auxquelles les praticiens devraient se conformer.

Cette volonté de normalisation des pratiques médicales a fait l'objet dans la littérature d'une analyse essentiellement socio-économique. Elle y voit principalement une menace pour l'autonomie des médecins et une perte du caractère individualisé des soins (15,16).

La médecine générale se caractérise par une prise en charge globale des patients (17). Elle touche aux aspects physiques, psychologiques, sociaux, culturels et existentiels. Elle est centrée sur la personne singulière. Elle couvre un vaste champ d'activité déterminé par les besoins et les demandes extrêmement variés des patients. Elle peut sembler à priori peu compatible avec la notion de normes de pratiques.

Une étude réalisée en 2010 (18) établie à partir des indicateurs reflétant des pratiques médicales promues et souhaitées par l'assurance maladie et les pouvoirs publics a montré un écart important entre la pratique réelle des médecins généralistes et la pratique demandée.

Mais qu'en est-il des médecins dans ce contexte de sollicitation de plus en plus pressant à la pratique normalisée? Comment vivent-ils, ressentent-ils, intègrent-ils toutes ces tentatives de normalisation qui les assaillent? Ont-ils une réflexion intellectualisée sur le sujet? Prennent-ils du recul? Y sont-ils réceptifs ou prennent-ils le pas? Toutes les tentatives de normalisations sont-elles équivalentes? Quels sont les enjeux pour l'avenir de l'exercice médical libéral et cela va t'il modifier l'organisation des soins?

Toutes ces interrogations imposent une connaissance préalable des représentations et des ressentis des médecins généralistes sur les normes de pratiques médicales. Quels sont-ils? A notre connaissance, cette exploration n'a jamais fait l'objet de recherche en ces termes.

Nous avons donc tenter de répondre à la question suivante:

Quels sont les représentations et ressentis des médecins généralistes sur les normes de pratiques médicales auxquelles ils sont confrontés?

2 QUELQUES PRÉCISIONS SUR LA NOTION DE NORME

Le terme «norme» est un terme polysémique. Si on se réfère au dictionnaire (19), cette notion renvoie essentiellement à deux sens.

La norme peut revêtir un caractère purement descriptif sans jugement de valeur. Elle se définit alors par rapport à une fréquence, une moyenne statistique, elle indique un état habituel, régulier, conforme à la majorité des cas.

Elle peut également prendre un sens prescriptif. La norme indique, dans ce cas, ce qui doit ou ne doit pas être, en se basant sur des jugements de valeurs. Elle équivaut à des règles, des principes auxquels on doit se référer pour juger ou agir.

Ces deux sens ne sont pas exclusif l'un de l'autre et peuvent se juxtaposer. La norme peut, en effet, prescrire l'état le plus fréquent parce qu'il est jugé souhaitable.

L'étude que nous avons réalisée renvoie essentiellement au sens prescriptif de la norme, tout en sachant que les normes prescriptives qui concernent les pratiques médicales pourraient trouver leur source dans la norme descriptive. Les pratiques médicales les plus fréquentes pourraient ainsi être plébiscitées car leur fréquence serait considérée comme un indice de qualité. Elles pourraient également avoir pour conséquence d'entraîner une homogénéisation des pratiques et dégager ainsi une norme descriptive.

La norme prescriptive ne concerne que des actions (20). Il serait, en effet, vain de prescrire une norme pour des domaines hors de portée de l'action humaine. Elle a aussi pour caractéristique d' imposer l'esprit au monde. La norme trouve sa place lorsque plusieurs actions sont possibles. Elle se réfère alors à un jugement de valeur qui vient de notre esprit et qui permet de considérer une action préférable à une autre.

Une norme prescriptive a pour vocation d'être effective, c'est-à-dire d'être suivie même si des transgressions restent possibles et quasi inévitables (21). Plusieurs mécanismes peuvent contribuer à cette fin. Les normes peuvent être obligatoires entraînant alors une sanction en cas de transgressions. Les normes juridiques sont de celles-ci. Elles peuvent aussi être volontaires. Elles sont alors soit associées à des bénéfices liés à leur respect comme

certaines normes économiques de type ISO qui donnent lieu à certification et qui peut être mise en avant comme argument commercial, soit associées à une réprobation, une stigmatisation voire une marginalisation en cas de non respect comme certaines normes sociales. Elles peuvent être facultatives et nécessitent alors, pour être suivies, une acceptation et un sentiment de légitimité (22).

Dans une perspective économique et industrielle, nous assistons depuis quelques décennies à une politique de normalisation croissante qui touche les produits, biens et services (21). Cette normalisation a pour objectifs la réduction de la variété, la qualité et la compatibilité. Pour cela, sont définis « des documents de référence comportant des solutions à des problèmes techniques et commerciaux sur les produits, biens et services qui se posent de façon répétée dans les relations entre partenaires économiques, scientifiques, techniques et sociaux».

Ce principe de normalisation touche de nombreuses professions de service. Les normes, lorsqu'elles concernent des services à forte dimension technique, sont alors établies par les professionnels du domaine en prenant en compte les intérêts de toutes les parties concernées et sont considérées comme les «règles de l'art».

Les pratiques médicales n'ont pas encore subi de normalisation systématisée de ce type, mais les normes encouragées par l'assurance maladie participent de ce modèle. La CPAM souhaite en effet voir appliquées les recommandations qui émanent des agences de santé d'expertise scientifique définies alors comme «règles de l'art» dans une optique affichée d'amélioration de la qualité des soins et d'efficience économique.

3 METHODOLOGIE

3.1 Type d'étude.

La question à laquelle nous avons souhaité répondre n'avait à notre connaissance jamais fait l'objet de recherche. Notre étude avait donc un caractère exploratoire. Notre approche qualitative s'est basée sur une série d'entretiens pour permettre l'émergence des conceptions, des logiques, des raisonnements subjectifs et des ressentis des médecins généralistes sans à priori de notre part. Les études qualitatives sont, en effet, adaptées à l'exploration des modes de pensées et aux pratiques qui en résultent . Elles ont pour objectif de comprendre sans chercher à quantifier (24).

Nous avons fait le choix de mener les entretiens de manière semi-directive à partir d'un guide d'entretien. Nous avons ainsi pu aider les médecins interrogés à centrer leur discours sur leurs représentations et leurs ressentis.

Nous avons préférer les entretiens individuels aux entretiens collectifs (focus group). Dans notre cadre exploratoire, nous souhaitions obtenir les réflexions profondes et personnelles de chaque médecin. Celles-ci, compte tenu du sujet, allaient immanquablement aborder les référentiels éthiques de chacun. Nous n'avons pas souhaité que la parole sur ces thèmes puisse être limitée. Nous avons également préféré que les discours ne soient pas influencés par la présence de pairs.

3.2 Recrutement des médecins généralistes.

Nous avons décidé de solliciter les médecins généralistes de la région Île-de-France. Une grande variété de profils géographiques y est représentée (existence de zones urbaines et de zones rurales). Notre objectif, lors du recrutement, a été d'obtenir une population de

médecins diversifiée pour ne pas recueillir un discours dont la teneur aurait pu être imputée à une caractéristique dominante de la population étudiée. Les critères pour lesquels nous avons souhaité une diversité sont: le sexe, l'age, le lieu d'exercice (urbain ou rural) et l'activité en cabinet individuel ou de groupe.

Le recrutement des médecins généralistes a été effectué de manière aléatoire à partir de l'annuaire en ligne Portail-Médical.com. A l'aide d'un programme informatique, nous avons tiré au sort 50 numéros pour chaque département d'Île-de-France compris entre 1 et le nombre de médecins répertoriés dans l'annuaire. Chaque numéro ainsi obtenu correspondait donc à un nom de médecin. Les médecins sélectionnés ont été contactés par téléphone entre Mars et Mai 2012. Lors de ce contact téléphonique, il leur a été proposé de participer à un travail de thèse de médecine générale s'intéressant à la notion de normes dans leur champ d'activité. Il leur a été précisé que leur participation prendrait la forme d'un entretien d'une durée approximative de 15 à 30 minutes. Le lieu, la date et l'heure de l'entretien a été adapté à leur emploi du temps. Nous avons estimé qu'une quinzaine d'entretiens permettrait d'obtenir la saturation des propos. La saturation est le critère de validation qui désigne le moment lors duquel le chercheur réalise que la recherche de données nouvelles n'occasionnera pas une meilleure compréhension du phénomène étudié (25). Quatre-vingt-sept contacts téléphoniques ont permis de recruter 16 médecins généralistes.

Ces entretiens ont permis de recueillir un discours extrêmement riche et varié. La saturation a été atteinte au quatorzième entretien (aucun nouveau thème n'était apparu lors des deux derniers entretiens). Aucun entretien supplémentaire n'a été réalisé.

La plupart des médecins qui n'ont pas souhaité participer à l'étude ont majoritairement invoqué le manque de temps. Dix d'entre eux ont signalé un manque d'intérêt pour le sujet et huit ont dit ne pas comprendre précisément le thème abordé.

3.3 Réalisation des entretiens.

Les entretiens (annexe 1) se sont tenus du 7 Avril au 24 Mai 2012. Ils se sont tous déroulés dans les cabinets des médecins généralistes. Douze d'entre eux se sont intégrés aux emplois du temps des médecins au même titre que les rendez-vous de consultations. Quatre entretiens ont été réalisés en dehors des horaires de travail.
Les entretiens, après l'obtention de l'accord de chaque médecin, ont tous été enregistrés. Il a également été précisé que ces enregistrements donneraient lieu à une transcription intégrale anonymisée qui apparaîtrait en annexe de cette thèse. La présentation de l'objet du travail (annexe 2) et le déroulement de l'entrevue a été standardisée. Les entretiens ont été menés à l'aide d'un guide d'entretien (annexe 3). Celui-ci a servi de conducteur souple. Il a permis de vérifier que l'ensemble des thèmes en relation avec la notion de normes de pratiques médicales que nous avions prédéfinis ont été abordés. Les thèmes évoqués spontanément par les médecins ne firent pas l'objet de question spécifique. L'ordre des questions n'a pas été systématiquement respecté afin de respecter le cheminement de pensée personnel du médecin interrogé.

3.4 Guide d'entretien.

Un premier guide d'entretien a été élaboré à partir d'une revue bibliographique de base sur la notion de norme et sur les normes de pratiques médicales promues par l'assurance maladie. Ce guide a ensuite fait l'objet d'une discussion en équipe pour aboutir à une deuxième version. Le guide ainsi obtenu a été testé auprès de 2 médecins généralistes-enseignants de la faculté de médecine Paris-Île-De-France-Ouest afin d'en tester la faisabilité, d'en évaluer la clarté et l'acceptabilité . A l'issue de cette phase de test, quelques modifications supplémentaires ont été apportées pour finalement aboutir à la forme

définitive.

Les thèmes évoqués ou abordés ont été la signification de l'expression «normes de pratiques médicales», leurs sources, leur influence sur les pratiques, les freins à leur application, la manière dont elles sont élaborées, les principes sur lesquels elles se fondent, les incitations à les suivre, les sentiments éprouvés face à une pratique basée sur l'observation de normes. Les représentations plus spécifiquement d'actualité sur l'incitation financière directe et individuelle à observer des normes de pratiques médicales instaurée par le paiement à la performance ont également été explorées.

3.5 Analyse des entretiens.

Les entretiens réalisés ont été analysés de manière transversale suivant un procédé d'analyse thématique. Cette méthode est reconnue pertinente pour la recherche exploratoire (23).La cohérence singulière et interne de chaque entretien a été ignorée au profit d'une cohérence thématique inter-entretiens.

La thématisation constitue l'opération centrale de cette méthode (24). Elle a pour point de départ le discours des médecins généralistes. La première étape a consisté en une «lecture dite flottante» de chacun des entretiens afin de s'approprier le texte. Chaque entretien a ensuite été analysé de façon linéaire et continue afin de relever des «unités de signification» en lien avec les objectifs de la recherche. Une «unité de signification» correspond à un groupe de mots, une phrase ou un groupe de phrases liés à un même sujet ou à une même idée. A l'aide du logiciel d'analyse thématique NVIVO 8, les «unités de signification» ainsi identifiées ont pu être secondairement regroupées en rubriques plus générales et plus globales ou subdivisées en sous thèmes plus nuancés au fur et à mesure de la lecture des entretiens. Pour chaque thème et sous-thème, les extraits d'entretiens correspondants ont été relevés afin de juger de leur caractère consensuel ou marginal en fonction de leur récurrence inter-entretiens.

Le travail de thématisation a été effectué par 2 personnes de manière indépendante et a été secondairement discuté afin de minimiser le potentiel caractère subjectif de l'élaboration des thèmes et sous-thèmes (principe de triangulation) (23).

Un travail de synthèse a ensuite été réalisé à partir de l'ensemble des thèmes et sous-thèmes obtenus afin de présenter les résultats.

4 RÉSULTATS

4.1 Profils des médecins interviewés.

Les caractéristiques individuelles de chaque médecin qui a participé à notre étude sont détaillées dans le tableau ci-dessous.

	Sexe	Age (ans)	Localisation géographique	Département	Cabinet de groupe ou individuel	Particularités
M1	H	45	semi-rural	91	groupe	
M2	F	53	urbain	95	groupe	
M3	H	63	urbain	93	groupe	
M4	H	55	rural	77	individuel	
M5	F	59	semi-rural	77	groupe	
M6	H	68	urbain	91	individuel	Maître de stage
M7	H	42	urbain	95	groupe	
M8	H	62	urbain	92	groupe	Maître de stage
M9	H	66	urbain	78	groupe	
M10	H	63	urbain	75	groupe	
M11	F	44	semi-rural	78	individuel	
M12	F	58	urbain	92	individuel	
M13	H	58	semi-rural	78	individuel	
M14	H	48	urbain	94	groupe	
M15	F	39	rural	77	individuel	
M16	F	53	urbain	75	individuel	

Notre panel de médecins généralistes était composé de 10 hommes et 6 femmes, âgés de 39

à 68 ans. L'âge moyen était de 55 ans. Dix médecins avaient une activité urbaine et 6 une activité semi-rurale ou rurale. Neuf généralistes exerçaient en cabinet de groupe et 7 en cabinet individuel. Deux médecins avaient pour particularité d'être maître de stage auprès d'une faculté de médecine.

4.2 Analyse thématique transversale des entretiens semi-dirigés.

4.2.1 Représentation de la notion de normes de pratiques médicales.

L'expression n'a pas semblé d'emblée familière à certains praticiens. Un médecin a souligné que «normes de pratiques médicales» est une expression qu'il avait peu entendu. Quelques médecins ont également montré une hésitation lorsque cette expression leur a été présentée.

M1: «*des normes* (…) *c'est un terme que j'ai pas beaucoup entendu jusqu'à présent*»

L'analyse des discours, en particulier des périphrases et des images utilisées pour décrire les normes de pratiques médicales, a permis de mettre en évidence quelques éléments constitutifs de la signification que les médecins interrogés ont attribué à cette notion, indépendamment des normes concrètes auxquelles ils se sont référées.

Pour eux, les normes de pratiques médicales indiquent ce que ces pratiques devraient être.

M13: « *ce que doit être la pratique médicale*»

Elles délimitent un «espace» dans lequel les pratiques effectives devraient se situer. Il existe une notion de cadre et de limite.

L'expression des médecins a été imagée et a renvoyé à une notion restrictive souvent exprimée sous forme de métaphores.

M9: «*les barrières entre lesquelles notre pratique doit se maintenir*»

Ces restrictions ont souvent relevé de l'imagerie routière,
M8: «*des bornes qu'il ne faut pas dépasser*»
M15: «*Que nos pratiques soient dans les clous*»
ce qui sous-entend que la transgression peut éventuellement être sanctionnée.

Cependant, certains médecins ont parlé de limites relativement floues.
M2: « *une certaine latitude autour d'un point* (…) *le cadre*»
M4: «*On essaye de faire rentrer nos pratiques dans des cases c'est à dire dans des normes*»

Ces normes sont alors décrites comme des actes à effectuer en fonction de la situation rencontrée. Elles correspondraient à des règles de pratique à suivre comme s'il s'agissait d'un mode d'emploi qui balisait l'exercice.
M8: «*des normes: si t'as ça ou ça, il faut faire ça*»
M4: «*dans notre profession à nous c'est un peu les règles qui nous disent ce qu'il faut faire dans tel ou tel cas, dans telle ou telle pathologie quoi*»

4.2.2 Champs médicaux d'application des normes de pratiques.

Les normes de pratiques concernent plusieurs domaines de la pratique médicale.
M10: «*On applique des normes dans chaque domaine de la médecine*»

Les médecins ont évoqué des normes dans le champ du dépistage et de la prévention,
M9: «*les normes c'est tout ce qui concerne la prévention, expliquer aux patients qu'il faut faire certains examens de dépistage*»

des normes pour les conduites à tenir sur le plan diagnostique,
M16*: «alors par exemple, pour l'hypertension artérielle, on nous dit que pour en faire le diagnostic il faut constater une élévation de la tension artérielle prise après un certain*

temps de repos et lors de deux consultations à distance l'une de l'autre»
M13: «*attention il ne faut pas prescrire cet examen qui n'est pas utile ou alors prescrire celui-ci qui est indispensable*»

ainsi que sur le plan thérapeutique.
M13: «*il y a ce médicament il faut le prescrire dans cette indication*»

Ils en ont décrit pour ce qui concerne la surveillance et le suivi de certaines pathologies.
M13: «*il y a des normes pour la surveillance du suivi: il faut revoir ce patient avec telle périodicité, réaliser tel type d'examens à chaque fois*»

L'existence de normes pour des pratiques efficientes ont également été citées.
M13: «*on nous impose, comment dirais-je, de prescrire 90% des antibiotiques en génériques*»

Certains médecins ont évoqué l'existence de normes relationnelles dont le respect peut influer sur la qualité de la prise en charge médicale. Ils ont ainsi expliqué s'astreindre à certains principes établis à partir de leur réflexion personnelle et de leur expérience pour guider leurs relations avec leurs patients.
M16: «*il y a des normes dans la relation avec le patient, une des choses les plus importantes est la confiance et pour que le patient nous fasse confiance il faut d'abord savoir l'écouter et pas repousser son discours; il faut aussi être franc, ne pas lui cacher la vérité ou noyer le poisson notamment quand on est perplexe devant son cas, il faut le lui dire; une autre norme pour moi c'est d'offrir à mes patients une vraie consultation qui dure 20 à 30 minutes, vous avez bien vu, c'est un minimum pour bien les prendre en charge... voilà la confiance me paraît essentielle pour éviter ce qu'on appelle le nomadisme médical, qui ne peut pas aboutir à une bonne prise en charge des problèmes de santé des gens.*(...) *c'est moi qui me les impose, je pense que c'est euh des règles euh on va dire incontournables pour une bonne pratique de la médecine»*

Certains médecins ont estimé enfin que toute la pratique médicale n'était pas codifiée par des normes.

M8: *«l'immense majorité des plaintes n'ont pas de normes prévues pour leur prise en charge»*

Certains ont pensé également que tout ne doit pas être normé,

M8: «*impossible de normer tous les problèmes de santé, et puis il y a tous les petits problèmes: la petite fatigue du matin, les états d'âme, les frustrations qui sont totalement subjectifs.»*

certains domaines de la pratique ne restant soumis qu'au savoir-faire et au jugement personnel du médecin.

M1: «*tout ne peut pas rentrer dans des normes, la palpation d'un abdomen, une auscultation, une impression générale ne peut être faite que par le médecin»*

4.2.3 Sources des normes de pratiques médicales.

Plusieurs sources de normes de pratiques médicales ont été identifiées.

Deux types principaux de sources se sont démarqués. Ils ont tenu une place centrale dans le discours des médecins interviewés:

- les normes dites scientifiques élaborées à partir de différents essais et études cliniques.

Ces normes peuvent être établies par le médecin lui-même à partir d'une lecture critique des résultats des travaux publiés dans la littérature médicale.

M3: «*Ce* (les normes définies pour la profession) *sont les études, les travaux de mes propres pairs et qui comptent pour que je puisse définir mes propres pratiques bien sûr.*»

La pratique médicale fait référence au domaine scientifique. Le fait d'y puiser son savoir impose une démarche active du médecin qui semble valorisante.

M3: «*Il est clair que nous faisons un métier qui s'appuie sur des sciences, sur des bases scientifiques* (...) *j'essaye de euh de lire, j'essaye de me renseigner et voilà et c'est ça, c'est d'abord par la lecture de revues médicales.»*

Les sources référentielles sont essentiellement constituées par les recommandations de bonne pratique émanant des agences de santé françaises ou de sociétés savantes.

La HAS et l'AFSSAPS ont été ainsi unanimement reconnues par les médecins comme des organismes qui diffusent des normes scientifiques de pratiques médicales, la recommandation en étant l'élément vecteur.

M5: «*alors normes de pratiques médicales* (...) *alors ça m'évoque les recommandations de bonne pratique*»

M3: «*oui ben y' a les recommandations de l'AFSSAPS et de l'HAS qui permettent de cadrer les choses oui.»*

M15: «*Il y a des normes provenant de différentes sociétés savantes»*

Ces recommandations sont disponibles sur internet mais existent également sous forme d'opuscules distribués par les agences de santé.

M14: «*eh bien, on reçoit les recommandations de la HAS régulièrement… sinon on peut aller sur leur site internet*»

Certains ont cité l'existence de recommandations de bonne pratique venant d'autres pays.

M15: «*Il y a des normes provenant de différentes sociétés savantes, et puis il y en a provenant de différents pays: les étasuniennes, les françaises et puis les européennes aussi.*»

Deux médecins ont remarqué que les recommandations internationales n'étaient pas toujours en accord les unes avec les autres.

M1:«*j'ai déjà pu voir, en comparant certaines règles sur l'antibiothérapie, par exemple, en*

Belgique, en Suisse, en France, au Canada, on retient pas les mêmes critères, déjà rien que dans les pays francophones alors si on commence à voir ce qui se fait dans d'autres pays.»

•des normes promues par l'assurance maladie.

L'assurance maladie a été largement identifiée comme organisme pourvoyeur de normes.
M14: «*il y a aussi les normes que la sécu voudrait qu'on observe comme dans la nouvelle convention par exemple*»

Ces normes sont diffusées aux médecins par courriers et par internet.
M10:« *il y a la sécu qui nous envoie des directives* »
M12:*«on les(les normes de pratiques médicales) trouvent sur les sites de la sécu»*

Elles peuvent être par ailleurs rappelées lors des visites des délégués de l'assurance maladie et des médecins-conseil.
M7: «*ben on a des entretiens de temps en temps avec la CPAM qui vient nous exposer les choses* (concernant les normes de pratiques médicales)»

D'autres normes ont également été identifiées.
Plusieurs médecins ont évoqué le caractère normatif de l'enseignement dispensé à la faculté de médecine. Ils ont ainsi expliqué que durant la formation médicale initiale aussi bien académique que pratique sont enseignées des règles et des procédures qu'il convient de respecter pour assurer une bonne prise en charge des patients.
M4: «*d'abord il y a nos études euh... qui nous a appris à faire les choses d'une certaine façon, normée, c'est-à-dire que quand on est devant tel symptôme, telle maladie de dire, de faire un certain nombre d'examens cliniques, d'examens complémentaires, de faire certaines investigations, tout ça c'est la norme qu'on nous a appris»*

Les pratiques médicales sont guidées pour l'essentiel par ces normes et certains ont estimé

qu'une certaine uniformité de pratique en découlait.
M4: «on a tous fait à peu près les mêmes études, on a tous appris telle pathologie nécessite tel traitement, telle surveillance, tel machin alors il y en a qui sont peut-être un peu plus pointus parce que ils ont fait un stage dans telle ou telle spécialité où la façon de faire était à la pointe des dernières avancées mais en moyenne on a tous fait la même chose, d'ailleurs moi il y a quelques années je travaillais en cabinet de groupe et on discutait de nos patients avec mes associés et on faisait tous la même chose.»

Ce caractère normatif se retrouve également durant la formation médicale continue.
M16: «*Mais il y a aussi les conduites à tenir qu'on nous donne durant les formations continues*»

Des médecins ont évoqué des normes plus personnelles tirées de leur expérience ou de leurs réflexions et auxquelles ils s'astreignent. Elles sont élaborées à partir du jugement personnel du médecin sur ce qu'il convient de faire et sur ce qui est le plus efficace pour la prise en charge de ses patients. Ils ont reconnu que ces normes peuvent parfois être en contradiction avec les normes institutionnelles. Les pratiques heuristiques seraient alors selon les situations, soit opposables soit juxtaposables aux normes officielles.
M6: «*elles* (les normes) *reposent sur deux critères: des critères personnels liés à l'expérience et aux résultats qu'on a eus dans un certain nombre de situations pathologiques, ce sont nos normes et qui ne recoupent pas forcément les normes qui sont établies par un collectif de médecins, de... la HAS etc, enfin bon, là aussi il peut y avoir euh, enfin c'est évident ce que je dis là de toute façon, il peut y avoir un différentiel entre nos propres convictions c'est à dire nos propres normes et celles auxquelles encore une fois on est obligé de se soumettre*»

Plusieurs médecins ont montré à travers leurs propos que le discours de leurs pairs, en particulier celui des médecins spécialistes, pouvait revêtir un caractère normatif .
M9: «*quand je vois un cardiologue ici qui dit on arrête une statine si les CPK dépassent dix fois la norme*»

M13: «*il y a eu toute une campagne des spécialistes dans la presse médicale et de gens qui ne sont pas inféodés aux laboratoires, disant que on introduit l'insuline trop tard*»

Les visiteurs médicaux de laboratoires pharmaceutiques, eux-aussi, peuvent être source de normes de pratiques médicales par l'intermédiaire des informations qu'ils fournissent sur leurs produits. Leur discours normatif suscite cependant une réelle méfiance.
M15: «*ben là je pense à certains laboratoires pharmaceutiques qui nous présentent leur molécule comme la norme entre guillemets en matière thérapeutique pour telle pathologie, en nous vantant les bénéfices de leur produit par rapport aux autres molécules... je suis pas vraiment sûre de la fiabilité de leur discours.»*

Mais, il peut arriver de se laisser influencer.
M16: «*parfois on se laisse influencer, quand il y a un tout nouvel antihypertenseur qui sort on a envie de l'essayer surtout lorsqu'on entend le discours des labo qui nous vante l'avancée miraculeuse (sourire) qu'apporte leur produit mais on n'est pas vraiment dupe de leur discours...*»

Enfin quelques médecins ont parlé des normes de pratiques médicales qui émanent des représentations et des croyances des patients.
Néanmoins l'influence de ces normes sur les pratiques médicales leur a semblé limitée.
M14: «*sinon il y a aussi les normes des patients, mais ça c'est plus difficile à … à cerner, ils ont des exigences, j'ai certains patients qui pensent qu'une consultation où on ne leur délivrerait pas une ordonnance par exemple n'est pas une consultation euh… ils ont parfois une représentation personnelle de ce que doit être une consultation* (...) *j'essaye de leur expliquer pourquoi ça n'est pas utile mais je sens que certains sont pas satisfaits, il leur manque quelque chose. Mais il y a quand même une logique dans nos pratiques on ne peut pas prescrire juste pour faire plaisir, il faut que ça soit justifié médicalement.*»

Les médecins ont remarqué que les patients ont des exigences, des demandes basées sur ce qu'il jugent nécessaire et que certains patients n'hésitent pas à menacer pour être satisfaits.

M9: «*il y a des demandes insistantes de patients pour avoir certaines ordonnances, certains médicaments avec même disons des pressions, disant: ben si vous me donnez pas d'antibiotiques, je vais changer de médecin. Bon, il faut essayer de les recadrer, de leur expliquer*»

4.2.4 Normes scientifiques de pratiques médicales.

4.2.4.1 Caractéristiques.

Le discours des médecins interviewés a souligné diverses caractéristiques des normes de pratiques médicales issues des données de la science; celles-ci ont été essentiellement assimilées aux recommandations de bonne pratique.

• elles sont évolutives:

Pour les médecins, elles sont en effet amenées à être affinées, modifiées, actualisées en fonction des dernières données scientifiques et des progrès technologiques. Elles imposent un travail actif du médecin pour se tenir informé.

M15: «*elles sont changeantes donc il faut se tenir au courant de ces différents changements et des évolutions de la pratique médicale. Il y a régulièrement de nouvelles études qui sont faites sur différents sujets et qui ont pu apporter des améliorations dans la prise en charge des patients* (…) *il faut les respecter jusqu'à ce que de nouvelles études montrent qu'il faut qu'elles changent, il y a eu pas mal de rebondissements dans ce domaine.»*

• elles sont biomédicales:

Les bénéfices attendus des pratiques décrites dans ces normes sont évaluables en fonction de critères physiques. Ce serait une conception physique de la santé qui régirait leur

élaboration.

M15: «*tous les essais cliniques et ces normes qu'on nous donne pour prendre en charge nos patients sont des normes, comment dirais-je, des normes qui sont faites à partir de l'idée de maladie, on dit qu'il faut diminuer le taux de sucre, diminuer la tension artérielle, diminuer le taux de cholestérol, qu'il faut faire tel type d'examen*»

• Ces normes ont été considérées par de nombreux médecins comme des normes théoriques.

Ils les ont décrites comme établies sans réel souci de leur applicabilité pratique et suscitent alors une certaine défiance. Elles sont élaborées à partir d'une démarche intellectuelle, loin du terrain, pour des conditions idéales et en fonction de critères d'efficacité en terme de santé biomédicale. D'autres facteurs contextuels viendraient influencer, dans la pratique réelle, les prises de décisions médicales.

M9: «*la notion de normes il faut bien faire attention, on est là pour pondérer, en médecine générale on est là pour prendre le patient dans sa globalité et donc on est moins amené à suivre les normes purement livresque, purement dans des études, tout ça c'est fait sur du papier*»

M11: «*il y a des normes établies mais dans une situation idéale, théorique où le patient serait compliant à tout ce qu'on lui demande, où on aurait à proximité toutes les techniques d'exploration nécessaires et où les finances ou les pressions de la sécu n'existeraient pas.»*

• Les normes scientifiques sont schématiques et caricaturales.

Des médecins ont estimé qu'elles réduisent la complexité réelle des situations rencontrées à un modèle simplifié et donnent lieu à des conduites à tenir stéréotypées niant la variété de ces situations.

M14: «*on ne peut pas systématiquement appliquer à la lettre ce que voudraient les normes scientifiques, nos patients sont souvent plus complexes que les schémas décrits dans les recommandations.* (…) *Les normes sont utiles mais ils ont un côté euh… généralisant euh*

ce sont des stéréotypes, elles ne peuvent pas être appliquées de manière non réfléchie»
M7: «*oui, y a quand même des cas cliniques qui sont vraiment compliqués et c'est parfois pas aussi simple que ce qui est exposé dans les conduites à tenir.*»

• Pour la plupart des médecins interviewés, même si certains ont avoué leur ignorance, les recommandations de bonne pratique sont élaborées par décisions consensuelles de médecins-experts à partir d'essais cliniques qui utilisent des méthodes statistiques. Certains ont également évoqué une échelle de valeur des preuves sur laquelle elles reposent.
M14: «*elles sont établies de façon collégiales par des experts… dans le domaine considéré; il y a des généralistes je crois aussi, mais l'idée c'est que c'est discuté en fonction des études scientifiques et ils élaborent une recommandation en fonction des différentes informations qu'ils ont sur le sujet*»

Certains pensaient que les médecins généralistes ne sont pas consultés pour l'élaboration de ces normes.
M9:«*je veux dire les normes qui sont faites par les universitaires, les institutions pensantes si vous voulez, c'est pas des normes qui sont établies par des médecins généralistes.*»

4.2.4.2 Jugements sur les normes scientifiques.

4.2.4.2.1 Validité médicale des normes scientifiques.

De nombreux médecins, même s'ils ont reconnu qu'elles sont globalement bien faites et logiques,
M13: «*dans toutes ces normes qu'on essaye de nous imposer les recommandations etc, il y a quand même beaucoup de logique* (...) *dans l'ensemble ça me paraît pas mal*»

se sont accordés pour dire qu'il est nécessaire de garder un regard critique sur les normes

scientifiques matérialisées par les recommandations de bonne pratique. Elles devraient être soumises à réflexion, à discussion entre confrères car certaines sont parfois discutables.

M3: «*mais la bonne chose* (la recommandation de bonne pratique) *ce n'est quand même pas la bible, ce n'est pas quelque chose qui tombe et qu'il faut absolument respecter hein, chaque chose doit être méditée, approuvée ou pas et puis être un petit peu rabâchée, rediscutée*»

M9: «*ici on est un cabinet de 3 médecins, on peut échanger ce qu'on pense, ce qu'on ressent par rapport à ces normes sur les médicaments et on s'aperçoit souvent que par rapport aux normes qu'on nous impose soit par la Haute Autorité de Santé soit l'AFSSAPS voilà on peut se poser des questions*»

Des erreurs mais aussi des biais liés à des conflits d'intérêts peuvent apparaître lors de leur élaboration. Ils peuvent même parfois aboutir à leur retrait.

M15: «*Il faudrait garder un regard critique sur ce qui est dit, il peut y avoir des référentiels ou des recommandations de bonnes pratiques qui peuvent être biaisées soit par des intérêts pharmaceutiques soit parce que les études n'ont pas pu être bien poussées ou étoffées, c'est vrai que ces référentiels ou normes de pratiques médicales ne sont pas toujours établies à partir de grosses études bien faites, il faut être prudent*»

M13: «*Il y a eu quand même des voltes faces ce qui prouve quand même que la HAS n'a pas toujours un avis fondé, je citerai l'exemple du Kétum qui a été interdit pendant 15 jours et qui est revenu ensuite dans les mêmes indications*»

Deux médecins ont par ailleurs noté que les normes scientifiques sont élaborées à partir d'études menées à l'hôpital et que l'extrapolation des résultats aux patients vus en ville pourrait, de fait, être excessive. Mais ils ne remettaient pas pour autant en question la validité de ces normes.

M11: «*les différentes études scientifiques sont faites à l'hôpital et les patients qu'on y rencontre sont différents de ceux qu'on voit en médecine ambulatoire, il y a une généralisation des résultats de ces études à nos patients de ville... oui peut-être ça, on peut*

se demander si elle sont valables pour nous aussi, mais pour être honnête ça remet pas vraiment, à mes yeux, leur valeur.»

Des médecins ont avoué se fier à leurs confrères ou à des revues médicales pour l'évaluation critique des normes scientifiques.

M15: « *parfois il y a un manque de temps même si je pense avoir les outils me permettant cette critique, et parfois je me fis au discours de mes confrères que je rencontre dans les FMC ou aussi à un journal en particulier que je sais indépendant par rapport à l'industrie pharmaceutique, je ne le citerai pas mais je pense que vous voyez auquel je fais allusion qui souvent fait une revue critique et argumentée des différentes normes pour la pratique qu'on veut mettre en place*»

M6: «*je pense que si des recommandations ou des normes étaient pas valides on finirait par en entendre parler, dans notre profession il y en a qui ont l'esprit très critique et qui surveillent ça de près, je crois.*»

Un médecin a ajouté que certaines de ces normes peuvent être déjà obsolètes au moment de leur diffusion car les progrès liés aux avancées des connaissances médicales sont parfois extrêmement rapides.

M13: «*le problème des normes c'est qu'elles ne sont jamais en temps réel par rapport aux avancées de la science, là je parle des normes qu'on veut nous imposer, les recommandations*»

Certains ont affirmé enfin qu'ils évaluent ces normes de façon pratique, au regard des résultats obtenus lorsqu'ils les appliquent et par l'évaluation de leurs effets sur leurs patients.

M8: «*mais ensuite je les confronte à ma pratique en vérifiant qu'en restant dans ces normes, finalement j'accède à un bon résultat que je peux confronter avec mes pairs*»

M15: «*il arrive de s'éloigner un peu de cette vision scientifique pour nos pratiques quand on a l'impression* (...) *que le schéma pré-établi n'a pas l'efficacité escomptée, là on se fie à ce que ressent le patient ou ce qu'il peut nous dire sur l'évolution de ses symptômes*»

Quelques médecins, quant à eux, ont déclaré adhérer totalement aux recommandations de bonne pratique, ils ont dit faire véritablement confiance aux experts en charge de les élaborer.

M10: «*on doit respecter ces règles de bonnes pratiques. Tout ça c'est fait par des gros pontes qui passent leur vie à faire ça et qui le font bien*»

M16: «*Voilà, pour ma pratique, je me fie aux recommandations de la HAS à ce qui nous est dit en FMC* (…) *moi j'adhère complètement*»

M9: « *je fais attention aux recommandations parce que je prétend pas savoir mieux que les choses qui ont été débattues par un collectif de gens, voilà donc je me réfère aux recommandations, oui. Je suis assez respectueux de ça, oui. Oui dans mon mode d'exercice, ce sont des normes en lesquelles j'ai confiance, j'ai plutôt confiance dans tout ça* (…) *j' ai plutôt confiance dans les organismes qui réfléchissent sur un sujet donné par exemple.*»

4.2.4.2.2 Caractère légitime et nécessaire des normes scientifiques pour guider les pratiques.

Pour la plupart des médecins interrogés, l'application de normes scientifiques dans leur pratique médicale semble légitime et nécessaire. Ils ont dit que les études scientifiques permettent de mettre en évidence les pratiques les plus efficaces et les plus bénéfiques pour leurs patients. L'ensemble des médecins a ainsi attribué, aux normes scientifiques, à priori, avant toute reflexion critique, l'objectif d'indiquer «la bonne pratique».

M10: «*parce que la médecine progresse et qu'il y a des recherches, des avancées thérapeutiques et qu'il y a des modifications des nouveaux traitements avec des effets secondaires moindres et des examens complémentaires plus performants donc c'est normal d'appliquer ce qui est le plus performant, vous trouveriez normal d'appliquer des traitements tout en sachant qu'aujourd'hui il existe d'autres médicaments qui ont plus d'efficacité.*»

M11: «*toutes ces études scientifiques qui permettent d'établir des normes sont quand même bien pratiques pour nous, c'est avec ça que la qualité de nos pratiques progressent sinon on fait chacun ce qu'ont veut dans notre coin et c'est n'importe quoi et les patients sont plus ou moins bien soigner en fonction du médecin qui les suit, non ça n'a pas de sens, on a besoin de savants, d'experts qui réfléchissent pour nous donner la voie à suivre pour avoir des pratiques efficaces de bonnes qualité*»

Certains ont parlé de la nécessité d'avoir recours à des critères rationnels spécifiques à leur pratique. L'impression qu'ils tirent de leur expérience ou de leurs intuitions leur paraissaient parfois utiles mais insuffisantes pour assurer des soins efficaces.

M7: «*aujourd'hui on ne peut plus se fier à notre intuition, à notre sentiment, à notre expérience pour savoir ce qui peut correspondre à une bonne pratique, il faut des études, des essais cliniques pour évaluer*»

M14: «*On a besoin aujourd'hui d'une certaine rationalité pour exercer et cette rationalité correspond à ce qui est démontré comme ayant de bons résultats* (…) *on ne se fie plus à une impression… ou à des dogmes hein… ou aux opinions de certains grands patrons, on doit avoir quelque chose de solide sur lequel s'appuyer. Alors c'est vrai que certaines études sont plus solides que d'autres pour ce qui est du niveau de preuves et on doit en tenir compte mais aujourd'hui se référer à l'impression qu'on retire de nos expériences c'est dépassé, je crois.*»

M3: «*Je fais un métier pour lequel l'expérience a un intérêt oui mais ça n'est pas tout et il est évident qu'on a besoin de travaux pour nous dire ce qui est efficace ou pas.*»

L'application de ces normes scientifiques permettrait ainsi aux patients de bénéficier de soins de qualité quel que soit le médecin consulté.

M4: «*c'est important qu'il y ait des normes parce que on ne peut pas faire des choses différentes pour la même pathologie, c'est comme si on vous disait: ben moi je vous greffe pas de rein parce que je préfère laisser les gens sous dialyse et que un autre dirait: ben moi je vais vous chercher un rein, il faut bien une norme qui dit que dans telle pathologie le but c'est de traiter les gens, c'est de les guérir par les moyens les plus efficaces et les*

plus sûrs et qui vont pouvoir aboutir à la guérison»

M8: «*traiter une angine ça me paraît simple qu'on nous ait normé ça, ça paraît nécessaire quand on voit la dispersion des traitements d'un médecin à l'autre*»

Certains ont estimé alors que se tenir informé des normes scientifiques est un devoir.

M3: «*si on connaît pas bien les données actuelles et bien il est possible qu'on puisse ne pas bien soigner son patient.*»

M6: «*les normes sont là, il faut les rappeler aux médecins* (…) *Des notions comme ça, si on se tient pas au courant, on peut être dépassé, dangereux, inefficace.*»

Quelques médecins ont même affirmé qu'ils les ont totalement intériorisées et qu'ils les appliquent de façon automatique sans y réfléchir.

M10: «*on y fait pas attention, on le fait naturellement, dans notre esprit ce sont plus des normes, on les a intégrées et on les applique presque automatiquement* (…) *On applique des normes dans chaque domaine de la*
médecine comme on les a apprises , spontanément, on y réfléchit pas»

4.2.4.3 Influences des normes scientifiques sur les pratiques médicales.

La grande majorité des médecins a affirmé suivre la plupart du temps les normes scientifiques de pratiques médicales.

E(enquéteur): *«donc les normes de pratiques médicales que vous identifiez comme étant les recommandations de bonnes pratiques, vous les appliquez?*»

M5: «*ben pas de façon stricte, la plupart du temps et avec la plupart de mes patients je les applique*»

Cependant ils ont estimé qu'une adaptation peut être rendue nécessaire par la complexité de certaines situations cliniques qui rend dangereuse une application systématique sans réflexion.

M15: «*pour la grande majorité, je les* (les recommandations) *suis et avec quelques patients je dois les moduler en fonction de leur situation spécifique*»

M14: «*on ne peut pas systématiquement appliquer à la lettre ce que voudraient les normes scientifiques, nos patients sont souvent plus complexes que les schémas décrits dans les recommandations… ce sont des sortes de guides à partir desquels on doit réfléchir pour s'adapter au cas particulier qu'on a en face de soi… c'est clair qu'on peut pas appliquer mécaniquement.*»

M11: «*on a besoin de savants, d'experts qui réfléchissent pour nous donner la voie à suivre pour avoir des pratiques efficaces de bonnes qualité, mais après on est libre d' adapter sa pratique aux situations parfois plus complexes qu'on rencontre*»

La nature statistique des essais cliniques qui président à l'élaboration des normes scientifiques a été également mise en avant par certains pour justifier la nécessité d'adapter leurs pratiques à la réalité des cas singuliers rencontrés. Les normes décrivent des pratiques bénéfiques à l'échelle d'une population; dans les différentes études, les bénéfices sont mesurés pour un groupe et non pour chaque personne prise isolément. Le médecin quant à lui, se doit de considérer les bénéfices pour le patient particulier qui lui fait face.

M13: «*ce sont des normes établies de façon statistique, il y a donc toujours des patients qui échappent à ces schémas établis* (...) *ces normes sont faites de façon moyenne pour une population large*»

M6: « *ce sont pas les mêmes critères qui font que on va décider au niveau de notre exercice ambulatoire et ceux qui sont établies avec des statistiques* (…) *on demande de ne pas traiter une otite rétentionnelle suppurée, enfin et que il faut pas parce que il y a 98% d'otites qui sont pas bactériennes et qui cèdent toutes seules* (...) *quand nous, on a une madame Lambert qui a un enfant qui a une otite rétentionnelle et que ça peut être un hémophilus etc, dans les recommandations on devrait laisser, mais allez dire ça à une mère, c'est pas pareil, le regard qu'on a nous*»

M4: «*la médecine actuellement elle est statistique* (...) *ce sont des statistiques qui permettent de juger de ce qu'il faut faire pour la masse en générale, pour des personnes non individualisées on va dire*»

D'autres éléments peuvent également amener des médecins à moduler leur manière d'appliquer les normes scientifiques. La prise en compte dans leurs prises de décisions de la situation sociale particulière du patient, des contraintes qu'il peut accepter, de ses attentes, peuvent conduire des médecins à une prise de distance relative avec les normes scientifiques. Ils ont ainsi opposé une prise en charge de leurs patients basée sur un modèle holistique, biopsychosocial, à l'efficacité biomédicale des normes scientifiques.

M15: «*donc leur respect est à moduler en fonction d'autres considérations non organiques entre guillemets* (...) *en fonction de ce qu'ils acceptent euh, du coté pratique ou pas de ce qu'on leur demande de faire, de leurs attentes*»

M9: «*il y a beaucoup d'éléments à prendre en compte et peut être que certaines normes sont contrariées par ce qu'on sait par ailleurs du patient si vous voulez, il faut prendre en compte beaucoup de facteurs personnels au patient* (…) *par exemple son travail s'il a bien le temps de faire tous les examens préconisés, s'il a le temps de venir me voir régulièrement voilà.*»

M13: «*on a le droit de travailler en fonction de l'individualité du patient et de sa globalité et pas simplement en fonction du savoir qu'on a sur sa pathologie parce que toutes ces études elles sont quand même établies selon des résultats liés à l'organique et tout l'aspect psychologique, social, tous ces facteurs qui peuvent influencer à juste titre les choix thérapeutiques sont pas intégrés dans les normes qu'on nous donne.*»

M11: «*Le deuxième frein pour moi c'est que c'est bien de suivre la science mais les gens ont aussi leur vie et il faut essayer d'adapter* (…) *parfois je décide de pas prescrire certains examens parce que pour le faire le patient doit prendre deux jours d'arrêt de travail pour aller à Paris, enfin dans tous les cas importants on le fait bien sûr hein, mais quelques fois on peut se permettre de temporiser et de voir ce qui se passe.*»

Certains médecins ont également expliqué qu'ils peuvent s'écarter des normes en fonction de raisonnements et de jugements personnels. Des médecins ont ainsi avoué transgresser des normes scientifiques lorsqu'ils ont le sentiment qu'elles pourraient aller à l'encontre de l'intérêt de leurs patients.

M6: «*oui donc, euh, oui parfois je les évoque même pas les normes, ils faut qu'à cette personne je lui prescrive sa benzodiazépine et même si je connais les études statistiques, moi comme tout le monde, et bien si je lui donne pas, je fais plus de mal que de bien, donc je vais lui prescrire alors que ça fait deux ans qu'elle prend son temesta*»
M2: «*on peut avoir dans son for intérieur, des impressions ou des intuitions qui sont contradictoires avec ça ou parce que échaudé par euh... regardez ce qui est sorti sur le dépistage du cancer du sein, j'ai pas relu en détail ce qui était sorti en détail mais la validité et l'efficacité du dépistage systématique a été remis en question (...) je pousse jamais mes patientes à faire leurs mammographies, je ne pousse pas les femmes de la famille pour parler sur un plan personnel à aller faire des mammographies et donc cette histoire actuelle, dans mon opinion qui était mauvaise sur le dépistage et sur d'autres points euh...*»

Quelques médecins ont dit ne pas respecter les normes scientifiques lorsqu'ils ont la conviction que d'autres pratiques sont plus efficaces ou plus sûres.
M10: «*quelqu'un qui tousse depuis quinze jours qui n'en peut plus de fatigue et que je suis obligé d'arrêter, si je lui met un corticoïde en spray pour le faire arrêter de tousser c'est mieux que de l'arrêter encore quinze jours mais ça ne respecte pas les normes, je le sais.*»
M15: «*il y a des sociétés savantes qui nous présentent de nouveaux médicaments comme la référence absolue dans telle ou telle pathologie et je pense qu'il faut avoir un peu de recul, ne serait-ce que pour connaître les effets secondaires à plus long terme, et dans ce cas-là, je ne les prescris pas à des personnes un peu fragiles. Il faut savoir un peu sortir des clous par rapport à des pratiques consensuelles quand on estime que la base des connaissances sur tel ou tel produit n'est pas assez forte pour pouvoir les prescrire en toute sécurité*»

Certains ont alors signalé avoir des pratiques qui peuvent être jugées excessives dans le but de minimiser les risques de survenue de complications pour leurs patients.
M4: «*nous on veut d'abord soigner les gens, ne pas prendre trop de risque là je repense aux IPP qu'on donne même si on devrait pas, voilà on a plus tendance à couvrir nos patients*»

La plupart des médecins a donc reconnu adapter voire parfois transgresser les normes scientifiques. Ils avaient cependant le sentiment que ces écarts restent rares et qu'ils leur paraissent toujours justifiés.

M10: «*ben on en tient compte oui* (des recommandations) (…) *mais dans certains cas, on passe outre, des cas rares mais toujours de façon sensée et justifiée je pense.*»

4.2.4.4 Freins à l'application des normes scientifiques.

Même s'ils ont affirmé observer les normes scientifiques pour la plupart de leurs patients, de nombreux médecins ont perçu différents freins à leur application.

L'être humain, destinataire des soins, est un être complexe: d'une part son organisme ne se réduit pas à une simple mécanique dont les réactions sont aisément prévisibles, d'autre part de nombreux facteurs variés et variables autres qu'organiques interviennent, pour les médecins interrogés, dans la détermination des actes à réaliser. L'être humain a été régulièrement opposé à la machine qui serait beaucoup plus prévisible et modélisable.

M6: «*l'être humain il rentre pas forcément dans un moule comme ça, de robots identiques les uns aux autres, il y a la part du du de la dimension personnelle*»

M15: «*la médecine est une pratique humaine et on a à gérer des personnes et pas des chiffres ou des organes*»

M5: «*la médecine ça touche l'être humain et que c'est pas des chiffres; si on parle que de pathologies, on peut plus facilement établir des normes qui viseraient des notions mesurables comme mortalité, morbidité, réduction de risque enfin toutes ces choses-là très à la mode dans les revues médicales, mais on doit aussi s'intéresser au vécu du patient, à sa vie, sa situation, son métier, enfin il y a plein de choses.*»

Les habitudes prises par les médecins dans leurs pratiques peuvent également s'opposer au

suivi des normes scientifiques, d'autant plus que le bénéfice escompté de leur mise en application peut sembler peu important.

M13: «*ce qui gène un peu quand même c'est le chambardement qu'elles* (les normes de bonnes pratiques) *mettent parfois dans les habitudes thérapeutiques. Je dis pas qu'elles sont forcément bonnes les habitudes mais bon les schémas qu'on nous propose au vu des résultats escomptés, je pense notamment au diabète, j'ai pas vraiment l'impression que ça va bouleverser les résultats*»

Pour de nombreux médecins, les patients eux-mêmes peuvent être un frein à l'application des normes scientifiques. Ils peuvent refuser certains examens ou traitements prescrits par la norme. Il semble alors important aux médecins d'essayer de convaincre le patient de l'intérêt en terme de santé de s'astreindre à ces pratiques. Néanmoins, ils ont reconnu d'une part que la décision finale doit revenir au patient et d'autre part qu'il faut tenter de maintenir une bonne entente avec leurs patients, élément indispensable à une prise en charge médicale efficace sur le long terme, sans relations conflictuelles.

M16: «*Oui certains patients, surtout en ce qui concerne les pathologies chroniques, ont du mal à s'astreindre à suivre ce que voudrait la norme entre guillemets (sourire), je pense en fait à certains examens complémentaires qu'il faudrait réaliser périodiquement dans le diabète par exemple, certains patients trouvent ça un peu lourd on va dire, donc si le diabète est à peu près équilibré, je n'insiste pas (silence). Comme je disais tout à l'heure, il faut essayer de garder une bonne relation avec nos patients, ça rend notre prise en charge plus efficace sur le long terme, ça veut pas dire que je n'insiste jamais hein, il faut parfois expliquer au patient que c'est indispensable, que s'il ne font pas certains examens ça peut être préjudiciable pour leur santé, mais au final la décision leur revient, on peut pas soigner des gens s'il refusent de le faire*»

M14: «*En fait la grande difficulté c'est que pour soigner nos patients il y a quand même beaucoup d'éléments qui peuvent influencer nos décisions, ce qu'on sait du patient: ses antécédents, ses allergies, ses réactions à certains traitements etc et puis il y a certains patients pour qui c'est plus difficile de faire adhérer… bon on essaye de les convaincre, on leur explique l'intérêt de bien suivre leur traitement , de faire les examens qu'on leur*

demande mais c'est pas toujours fait, au final on peut pas les forcer.»
M8: «*Le frein il est que je suis pas tout seul à décider, si bien sûr, le premier frein c'est le patient, parce que moi je vais lui proposer quelque chose mais c'est le patient qui va décider.*»

Il a été noté que des patients peuvent demander à ce que leur médecin suive certaines pratiques qui ont pu être présentées comme des normes dans divers média.
M13: «*il y a des exigences des patients comme si quelque part les normes plaisaient plus aux patients qu'aux médecins.Voilà, je lis dans tels magazines: Elle ou Cosmopolitan que tel grand professeur a dit qu'il fallait faire les choses de telle manière, je vois pas pourquoi mon petit médecin de base n'appliquerait pas ça*»

Un frein à l'application des normes scientifiques lié au défaut d'équipement technologique suffisant dans leur environnement proche a également été retrouvé.
M11: «*le premier frein c'est le fait que nous sommes ici loin d'une grosse ville, les gens font beaucoup de kilomètres parfois pour venir et il y a certains tests qu'il faudrait parfois appliquer dans des services pointus avec un important plateau technique et donc des fois on essaie de se débrouiller autrement parce que c'est pas faisable, donc le premier frein c'est qu'on n'a pas forcément accès rapidement et à proximité à toute la technologie nécessaire pour suivre les protocoles établis par les sociétés savantes.*»
M1:« *il faut une adaptation des règles et des normes en fonction* (...) *de l'environnement et de ce qu'on dispose comme outils à proximité...*»

Quelques médecins ont signalé enfin que certains traitements sont parfois initiés par d'autres intervenants en particulier des médecins spécialistes. Il leur semble alors difficile, eu égard à leur propre crédibilité, de les modifier même dans l'optique de respecter les normes scientifiques.
M13: «*dans un certain nombre de pathologies, moi j'aime bien travailler en équipe, et que je me vois mal envoyer quelqu'un chez un spécialiste et ensuite discuter face au patient de la normalité entre guillemets de son ordonnance.* (...) *on nous dit: ben si vous êtes pas*

d'accord avec les propositions thérapeutiques du spécialiste alors pourquoi m'avez-vous envoyé chez ce spécialiste?»

Certains ont d'ailleurs remarqué que les médecins spécialistes ne se conforment pas toujours aux normes des agences de santé.

M13: «*je trouve qu'ils* (les spécialistes) *sont moins compliants que nous par rapport aux recommandations de la HAS, c'est le privilège du spécialiste que de se faire ses propres normes parce que si le spécialiste a les mêmes normes que le généraliste tôt ou tard, c'est d'ailleurs l'idée de la sécu avec l'histoire du médecin traitant et de la lettre pour pouvoir accéder au spécialiste, l'intérêt du spécialiste en dehors de son expertise technique va perdre beaucoup de son importance.*»

Le médecin spécialiste de par son statut aurait plus de latitude à la transgression des normes. Cela sous entend que sa capacité de discernement serait plus affutée et lui permettrait une meilleure approche des situations. L'existence de documents normatifs permettrait au généraliste de se hisser à un niveau cognitif qui écrêterait la différence et minimiserait l'aura du spécialiste en le ramenant à un rôle technique beaucoup moins créatif.

4.2.4.5 Bénéfices ressentis de la diffusion de normes scientifiques.

De nombreux médecins ont dit percevoir de réels bénéfices à l'existence de normes scientifiques. Ils ont ainsi expliqué que la liberté d'exercice et la pratique solitaire de la médecine générale rend possible l'apparition de pratiques inadéquates.

M13: «*Mais bon les normes de bonnes pratiques nous remettent quand même parfois sur les rails et je suis le premier à le reconnaître parce qu'on a parfois des obsessions ou des idées préconçues sur beaucoup de choses, ça c'est un peu le danger en médecine générale surtout lorsqu'elle est exercée en individuel.*»

Certains ont parlé de dérives et parfois même d'erreurs médicales. Les normes scientifiques fournissent alors des repères sur les pratiques dont les bénéfices ont été évalués.

M8: «*ça me paraît plus simple de travailler avec l'idée que les choses ont été éprouvées.* (...) *et d'utiliser des choses qui sont reconnues comme étant des choses nécessaires et suffisantes, voilà ça permet de borner l'action et de pas partir en vrille, puisqu'on peut tout faire tout nous est permis il est bien qu'il y ait une norme* (…) *on sent bien qu'il y a eu un emballement, cette liberté...la liberté totale c'est une immense chance mais c'est, c'est un truc très dangereux.*»

M16: «*comme je vous ai dit qu'il existe des normes de pratiques est important pour soi-même pour nous aider, nous recadrer, éviter les dérives dues à notre liberté de décision*»

Des médecins ont précisé que leur exercice peut se trouver facilité par l'existence de normes de pratiques.

M8: «*traiter une angine ça me paraît simple qu'on nous ait normé ça, ça paraît nécessaire quand on voit la dispersion des traitements d'un médecin à l'autre, on imagine bien que sur un problème aussi précis et simple avec une détermination biologique à faire, un test avec une réponse simple: j'ai mal à la gorge vous faites un TDR la réponse est positive et vous donnez de l'amoxycilline, ça paraît assez simple, moi je trouve que ça m'a facilité les procédures* (…) *je trouve que ça a plutôt amélioré ou facilité certaines prises de décisions.*»

Certains ont reconnu que l'incertitude relative aux choix des actes à réaliser est parfois difficile à gérer en médecine et qu'une pratique qui serait basée sur l'application de normes leur épargnerait des difficultés.

M11:« *pour nous ça* (une pratique basée sur le suivi de normes) *serait plus confortable on aurait moins de dilemme de conscience*»

Des médecins ont affirmé que les normes peuvent être également un moyen de recadrer les demandes de certains patients, jugées parfois infondées.

E: «*est-ce que vous avez l'impression d'être confronté à des normes de pratiques dans*

votre exercice de médecine générale?»

M9: «*Oui, on est confronté déjà dans notre pratique quotidienne si vous voulez, c'est à dire que il y a des patients, eux, qui ont des demandes ou des exigences qui ne sont pas dans les normes de ce qu'on doit faire, on est obligé de recadrer hein. Pour vous donner des exemples, par exemple il y a des demandes insistantes de patients pour avoir certaines ordonnances, certains médicaments avec même disons des pressions, disant: ben si vous me donnez pas d'antibiotiques je vais changer de médecin, bon il faut essayer de les recadrer, de leur expliquer*»

Certains se sont demandés enfin si les normes de pratiques médicales issues des données de la science peuvent avoir une valeur juridique lors d'éventuels litiges.

M13: «*je pense que plus il y a de progrès moins on a le droit à l'erreur et c'est pour ça qu'on a besoin de normes, il faut quand même aborder la chose, ces normes nous permettent d'être plus défendables lors d'un litige.*»

M8: «*c'est aussi pour sécuriser quelque part, la sécurité du médecin en cas de contestations en cas de plaintes, la norme permet peut-être de mieux se défendre mais je sais pas si on peut se réfugier parce que le premier principe et devoir du médecin c'est de prendre soin du patient particulier qu'il a en face de lui*»

4.2.4.6 Statut attribué aux normes scientifiques par les médecins

Pour la très grande majorité des médecins, les normes scientifiques de pratiques médicales ont été considérées comme des repères informatifs reflétant les pratiques efficaces d'un point de vue biomédical. Elles n'ont pas vocation à être suivies de façon absolue, d'autres éléments pouvant intervenir dans les décisions médicales.

M3: «*c'est une référence, une référence on l'applique pas à 100% on s'appuie dessus, je crois que c'est surtout ça qu'il faut se dire.*»

M7: «*c'est une base de départ, c'est une base de départ qui est modulable en fonction de la situation clinique, fonction du patient, fonction de beaucoup de critères je pense*»

Un médecin a souligné que ce caractère non absolu était reconnu par ceux qui édictent ces normes.

M14: «*D'ailleurs je ne pense pas que les normes qu'on nous donne, par la HAS etc, ont pour vocation d'être appliquées de façon systématique.*»

Pour certains, elles pouvaient également représenter un outil à partir duquel ils évaluent leurs pratiques et peuvent ainsi initier une réflexion.

M3: «*et puis c'est bien de se dire est-ce que ce que je fais maintenant est-ce que c'est réellement efficace ou ça ne l'est pas, y a plein de certitudes qui se cassent la figure*»

M13: «*C'est un moyen aussi pour vérifier nos pratiques et voir si on est sorti des rails si on a rien compris ou pas*»

4.2.4.7 Difficultés d'intégration des normes scientifiques dans les pratiques.

Certains médecins généralistes ont admis éprouver quelques difficultés dans l'intégration des normes issues des données de la science dans leur pratique.
Des médecins ont ainsi évoqué l'abondance de normes. Ils l'ont expliqué par l'étendue importante du champ d'action de la médecine générale. Cette abondance a été présentée comme un obstacle à la connaissance voire à la simple notion de leur existence.
M7: «*notre pratique* (de médecine générale) *est plus large donc connaître toutes les normes dans toutes les pathologies qu'on serait amené à rencontrer serait un peu compliqué.*»
M10: «*la Haute Autorité de Santé nous fait parvenir des courriers, qu'on lit en diagonale parce que il y en a beaucoup* (...) *la médecine générale est très diverse, très riche, il y a beaucoup de signes dans tous les domaines donc c'est difficile d'être au dernier cri de la norme*»

Un manque de clarté dans l'énoncé de certaines recommandations a été également dénoncé comme une entrave à leur bonne mémorisation.
M1: «*ben, on essaye de les suivre par rapport, si c'est clair, si y' a pas trop de phrases, on arrive à retenir quelque chose et on essaye d'appliquer ça*»

Certains ont par ailleurs remarqué qu'elles peuvent être oubliées et que l'évolution rapide de ces normes peut rendre difficile la mise à jour de leur connaissance.
M1: «*euh, oui parfois on les suit pas. Oui ben parce que des fois on n'a pas accès en temps réel au texte de la norme parce qu'on se souvient vaguement de quelque chose, qu'il y avait un sujet sur lequel on avait traité, mais le référentiel on l'a pas forcément en tête. Bah, si c'est un sujet qu'on n' a pas, auquel on n'a pas été confronté depuis plus de deux mois on peut avoir oublié, perdu de vue certaines règles. Euh, si on les retrouve pas dans les 15 secondes, on fait avec ce qui nous reste dans le cerveau...*»

Certains ont remarqué que le champ d'action plus restreint des médecins spécialistes devrait rendre leur respect des normes scientifiques plus aisé.

M5: «*en médecine générale c'est un peu le problème, on a un champ d'intervention extrêmement large et on ne peut pas être au courant de la dernière nouveauté en terme de prise en charge contrairement à nos amis spécialistes qui ne se concentrent que sur un organe ou un appareil et qui, il me semble, peuvent maîtriser plus facilement...*»

D'autres ont évoqué le manque de temps durant la consultation pour retrouver les éléments de la norme, voire même pour en appliquer certaines qui ont été qualifiées de chronophages.

M12: «*comme je vous ai dit on peut pas connaître toutes les normes parce qu'elles sont pas claires et que ça prendrait trop de temps de les regarder à chaque consultation*»

M4: «*Si on nous dit tel diagnostic euh, les angines on nous dit qu'il faut faire le diagnostic avec les TDR et bien moi j'ai pas le temps de faire ça, moi j'ai la salle d'attente pleine, c'est dix minutes par consultation, il faut que ça aille vite, si ça prend plus de temps je suis un peu embêté alors quand c'est une angine et une vraie angine et on n' en voit pas des tonnes et des tonnes parce que c'est souvent des pharyngites, des rhino-trachéites et des choses comme ça, et les vraies angines, je vois pas l'intérêt d'aller faire un test par exemple sachant que ça va me prendre 5 minutes pour le lire que ça va me faire perdre du temps.*»

Le manque de temps de façon générale a été évoqué comme une difficulté pour se former et prendre connaissance des différentes normes scientifiques. Un médecin a souligné alors l'intérêt de pouvoir accéder aux données de la science sous forme synthétique au travers des recommandations.

M3: «*si, les normes, c'est bien entendu euh, oui il y en a* (des freins à l'application des normes) *quand on travaille beaucoup beaucoup, il est évident qu'on peut pas avoir le temps d'avoir un esprit serein et avoir le temps de se former et ça c'est vraiment la première des choses, c'est vraiment la première des choses*»

M16: «*En médecine générale, le problème c'est le manque de temps, j'ai pas le temps de*

lire toutes les revues médicales et on peut pas faire autant de formation que l'évolution des pratiques rend nécessaire, donc avoir des collèges d'experts qui réfléchissent et nous indiquent ce que les avancées de la recherche recommandent comme optimal pour la santé de nos patients est une très bonne chose...»

4.2.4.8 Ressentis.

Quelques médecins ont dit ressentir une incitation indirecte à suivre les normes scientifiques, l'information diffusée à leur sujet leur semblant abondante et récurrente.

M6: «*oui oui, on est sans arrêt concerné par des articles quand même quoi ou alors, celui qui ne s'intéresse à rien, qui décide d'écarter tout type d'informations qui soit de cet ordre là, il est complètement hors du coup, oui moi dès que j'ouvre une revue je lie des études sur l'évaluation de tel traitement telle procédure, oh oui on est incité*»

M13: «*Ceci dit je trouve que quand même toutes ces normes nous influencent, à force de recevoir de façon répétée de la part de la haute autorité de santé des lettres encadrant la thérapeutique avec les cas d'exclusions, les nouvelles AMM*»

Une incitation plus directe émanerait de l'assurance maladie.

E: «d'accord mais sinon il y a des mesures particulières qui vous incitent à suivre ces normes?»

M3: «ben oui, c'est le désir de la sécurité sociale. La sécurité sociale est là pour nous rappeler que je prescris trop de choses comme ci et trop de choses comme ça et que les choses que... que la littérature médicale me fait penser qu'il faut pas que j'en prescrive autant.»

E: «et alors les normes que la sécurité sociale incite à suivre elles sont élaborées comment?»

M3: «oh ben c'est les mêmes que ce dont on parlait tout à l'heure, hein, on s'appuie sur la HAS.»

Certains ont semblé par ailleurs sous-entendre que les agences de santé étaient utilisées comme des instruments pour limiter les dépenses de santé en soulignant les pratiques efficaces et en disqualifiant celles qui étaient inutiles;
M13: «*on sent bien derrière la multiplication de ces recommandations qu'il y a une volonté de normer notre pratique et pour une maîtrise comptable*»

E: «*est-ce que vous avez le sentiment d'une incitation à suivre des normes de pratiques?*»
M11: «*ah complètement oui complètement avec à la fois les recommandations et les normes de la sécu et je pense que ça va aller encore plus dans ce sens-là parce que on va être obligé de suivre des démarches qui sont formatées pour éviter les dérives financières je pense que le problème va être là*.»

un médecin a par ailleurs dit croire en la partialité de l'AFSSAPS lors de l'édification de certaines normes.
M2: «*les papiers de l'afssaps qui ont été assez critiqué par la revue prescrire par exemple comme étant éventuellement euh... pouvant être partial*»

Quelques médecins ont regretté de ne pas être consulté lors de l'élaboration des normes scientifiques. Ils ont dit avoir l'impression qu'elles proviennent de l'extérieur de la profession de médecin généraliste sans véritables justifications ou argumentation sur leur bien fondé. Plusieurs médecins ont insisté sur ce manque de justifications et d'explications fournies au sujet de l'instauration de certaines normes, en particulier lorsqu'elles aboutissent à la restriction d'utilisation de médicaments voire à leur suppression.
M13: «*ces recommandations sont biens parce que quelque part on se sent soutenu mais il y a parfois une absence de justification des choses*»
M9: «*on nous a supprimé beaucoup de médicaments qui pour nous avaient une utilité, qui étaient une alternative euh aux antibiotiques par exemple des choses qui étaient efficaces et brutalement sans nous demander... il n'y a jamais d'enquête si vous voulez auprès des médecins généralistes, les premiers concernés tout de même* (...) *je suis pas sûr que les gens qui prennent ces décisions-là sont forcément des gens de terrain, je pense par*

exemple à l'oropivalone un médicament qu'on avait avant et que je trouvais relativement efficace qui permettait de pas donner d'antibiotique et on vous supprime ça sans vraiment vous donnez d'argument objectif sur pourquoi on le supprime quoi (…) *on n'adhère pas forcément ou complètement à ces normes qu'on veut nous imposer. Je souhaiterais qu'on me donne des arguments*»

4.2.5 Les normes de pratiques médicales promues par l'assurance maladie

4.2.5.1 Caractéristiques.

La méthode d'élaboration des normes de pratiques médicales promues par l'assurance maladie est floue dans l'esprit des médecins généralistes.
Des médecins de l'assurance maladie participeraient probablement à leur édification mais, n'ayant pas d'activité de terrain, ils contribueraient à créer des normes théoriques. Certains ont évoqué également la participation d'économistes.
E: «*et ces normes financières de la sécu, sur quoi les fonde-t-elle?*»
M16: «*je sais pas trop, je crois que ce sont des médecins qui n'ont jamais prescrit de leur vie je pense, ils ont fait les mêmes études que nous mais se sont orientés vers une carrière administrative et puis il y a sûrement des spécialistes de l'économie.*»
M12:«*Je pense que c'est des fonctionnaires ou des gens qui veulent absolument, des gens qui disent ben il faut faire comme ceci comme cela* (...) *ils ont une vision un peu idéale et théorique des choses, ils sont un peu dans leur bulle, si vous voulez, dans leur petit bureau et ils ont pas une vision de ce qui est pratique.*»

Plusieurs médecins, par ailleurs, ont mis en avant l'absence de concertation dans l'établissement de ces normes qui leur semblent par conséquent ne pas prendre en considération l'ensemble des facteurs influençant les décisions médicales dans la pratique

de terrain.

M9: «*oui de la sécu et de l'état aussi enfin de ceux qui sont en charge de surveiller les dépenses sanitaires. Leur objectif c'est de faire des économies, mais bon pour que le système perdure; mais ils essaient quand même de se baser sur les études scientifiques mais on a quand même l'impression que c'est des gens qui sont assis dans des bureaux et qui ne savent pas ce qui se passe sur le terrain, ils prennent des dossiers mais ils interrogent pas les gens qui sont en contact avec la pratique, ce sont des experts... alors on a les experts qui sont nos leaders d'opinion si on peut dire et eux ont beaucoup plus conscience de ce qui est pratique mais après les experts de la sécu n'ont aucune vision de ce qui se passe sur le terrain et on a encore plus l'impression avec l'Europe que tout va devenir encore plus théorique*»

Plusieurs médecins ont estimé que pour établir ces normes, l'assurance maladie s'appuie sur les données de la science. Elle incite également à respecter les recommandations de bonne pratique des agences de santé dans une volonté d'améliorer la qualité des soins dispensés à la population.

M15:«*la sécurité sociale exerce une incitation à bien suivre les différentes recommandations de bonnes pratiques et puis aussi à avoir une pratique médicale qui ne soit pas dispendieuse.*»

L'ensemble des médecins interviewés s'est accordé pour dire que le choix des pratiques à promouvoir au travers de ces normes s'effectue en vertu de considérations principalement économiques. L'objectif visé est une réduction des dépenses de santé.

M8: «*je crois qu'elles* (les normes de la sécurité sociale) *sont pas fondamentalement différentes des recommandations de bonnes pratiques mais clairement elle met surtout en avant des normes qui permettent de faire des économies*»

M4: «*La sécu lorsqu'elle établie des normes elle dit que c'est pour le bien des gens pour leur santé pour diminuer les complications mais c'est surtout pour des raisons d'économie même si clairement elle s'appuie sur des études scientifiques, elle en fait une lecture enfin les quelques éminences grises enfermées dans leurs bureaux, orientée clairement par un*

souci économique.»

Cependant le désir de maîtrise des dépenses semblait légitime pour de nombreux médecins.
M3: «*oh oui, mais c'est aussi à son honneur de faire attention à l'argent qu'on lui donne euh à l'argent qu'elle dépense, ben oui c'est tout à fait normal que l'argent qu'on lui donne elle est censée, on lui donne la lourde tâche quand même de bien gérer hein, donc c'est normal qu'elle fasse attention à ce que coûtent les soins.*»

Certains ont même affirmé spontanément tenir compte de l'impact financier de leurs pratiques.
M8: «*je crois que c'est de l'économie et qu'on peut pas s'y soustraire, c'est pas aberrant parce qu'on est dans du fond publique et c'est normal qu'on nous demande ce qu'on fait des fonds publiques. On fait partie d'une société, on n'est pas tout seul, ça me semble légitime qu'on me demande de prouver que ce que j'ai dépensé l'est à bon escient*»
M14: «*alors bien sûr, j'essaye d'avoir des pratiques raisonnables et j'essaye de pas prescrire d'examens s'ils sont pas nécessaires, on cherche pas à ruiner notre système de santé*»

Cependant le critère financier a été considéré par la plupart des médecins intérrogés comme secondaire dans leur prise de décisions médicales. Il ne serait pris en compte que s'il ne s'oppose pas à la qualité des soins.
M16:« *on dépense trop d'argent selon eux alors c'est sûr qu'il faut faire attention mais c'est un facteur de second ordre, je dirais. D'abord je m'occupe de la santé des gens puis si je peux je le fais de façon économique*»

4.2.5.2 Mesures de l'assurance maladie incitant au suivi de normes de pratiques médicales.

Pour l'ensemble des médecins interrogés, l'assurance maladie a mis en place différentes

mesures pour encourager le respect des normes de pratiques médicales qu'elle souhaite voir appliquées.

Des médecins ont évoqué des normes de pratiques qui leur sont imposées pour que leurs patients puissent bénéficier d'une prise en charge financière notamment en affection longue durée (ALD).

M12: «*ben théoriquement je devrais les*(les normes de la sécurité sociale) *connaître comme par exemple les déclarations d' ALD mais je les connais pas vraiment*»

M11: «*il y a aussi les normes imposées par les autorités sanitaires comme pour les prises en charge*»

Des mesures incitatives à l'application de normes par l'assurance maladie sont citées. Il s'agit du paiement à la performance initié par le CAPI, et dont le principe est repris dans la nouvelle convention, des visites des délégués de l'assurance maladie et parfois de médecins-conseil.

M15: «*la dernière convention médicale qui prévoit de nous rémunérer en fonction de notre observation de normes*»

M13 :«*il y a la sécu, puisque avec la nouvelle convention, on nous impose de plus en plus un modèle de prise en charge*»

E: «*d'accord, est-ce que vous avez le sentiment d'une incitation à suivre des normes de pratiques médicales?*»

M16: «*ben de la sécu, rien qu'avec la nouvelle convention ou alors la visite tous les trois mois qu'on a d'un agent de la sécu qui vient avec notre relevé des actes pour nous dire qu'on prescrit trop de ceci*»

Une partie de la mission des délégués de l'assurance maladie a suscité l'incompréhension de quelques médecins. En effet, ils demandent aux médecins de réduire certaines de leurs prescriptions car plus fréquentes que celles de leurs confrères de la région. Cette uniformisation des pratiques par comparaison statistique de l'activité des médecins ne leur a semblé pas pertinente. Deux médecins ont estimé que cette démarche perd de vue l'intérêt

médical du patient pris individuellement.

M16: «*En plus, ce que je comprend pas bien c'est qu'ils comparent mon activité par rapport à mes confrères de la région, on n'a pas forcément le même type de patients, ça ce sont juste des normes statistiques par rapport à ce que font la plupart des gens, ils ne s'intéressent pas au patient à qui je dispense des soins, c'est une vision des choses déshumanisée*»

M9: «*On a aussi ce coté statistique si vous voulez que moi j'ai du mal à comprendre, on vous dit par exemple vous avez prescrit tel antibiotique tant de fois dans le trimestre, bon si j'ai prescrit l'antibiotique c'est que j'ai pensé que les gens en avait besoin et ça ce sont des normes statistiques, on vous dit attention vos confrères du département ont prescrit deux boites de moins, ça me gène un peu, ça me semble pas très pertinent de calquer mes prescriptions sur ce que fait la moyenne de mes confrères, ça me semble pas être la solution ni pour améliorer la santé des gens ni pour économiser de l'argent.*»

Les délégués de l'assurance maladie ont également pour objectif d'encourager certaines pratiques, des médecins ont estimé que les arguments scientifiques alors avancés étaient parfois discutables.

M7: «*on a des entretiens de temps en temps avec la CPAM qui vient nous exposer les choses, et on est d'accord ou pas d'accord avec ce qu'ils nous disent au niveau des données scientifiques*»

4.2.5.3 Influence des normes de l'assurance maladie sur les pratiques médicales

La validité des normes de pratiques médicales de l'assurance maladie en terme de bénéfices de santé ont semblé discutable pour certains. Des considérations essentiellement économiques leur ont paru présider à leur élaboration. Certaines, cependant, ont paru parfois médicalement pertinentes.

M15: «*parfois elles me semblent justifiées parfois non, comme je vous disais tout à l'heure,*

je me réfère justement à cette revue médicale qui analyse souvent tout ça»

M14: «*ils n'interrogent pas les professionnels de terrain pour connaître la réalité de ce qu'est la pratique de la médecine… parfois ils tombent juste mais la plupart du temps ils tombent à côté de la plaque.»*

M13: «*par exemple, pour le nombre d' indemnités journalières: ils en sont à nous proposer un nombre de jours d'arrêt-maladie en fonction de la pathologie, c'est assez aberrant, alors déjà on justifie l'arrêt et la durée de l'arrêt par les mentions médicales qui sont en bas de l'arrêt de travail donc euh pourquoi nous payer* (…) *alors je vous donne un exemple: pour les lombalgies, parce que ça m'a vraiment énervé, alors lombalgie aiguë sans antécédent, la durée d'arrêt de travail éventuel ça va de 1 à 21 jours en fonction du poids soulevé par la personne dans la journée, 1kilo-1jour, 2kilo-2jours, c'est à peu près ça sauf que il n'y a aucune notion du caractère répétitif du portage, c'est n'importe quoi*»

Bien que quelques-uns ont dit ne pas vraiment tenir compte des normes de l'assurance maladie,

M14: «*mais franchement je me fixe pas beaucoup sur leurs demandes parce que ils ont un objectif économique*»

plusieurs médecins ont affirmé les appliquer lorsqu'elles leur semblent bénéfiques pour le patient en terme de santé.

M3: «*je les suis (les normes de la sécu)oui quand je pense que c'est pour le bien du patient...*»

Certains, conscients de la nécessité d'optimiser les dépenses de santé, ont dit les respecter s'ils les estiment non préjudiciables pour la santé de leurs patients.

M5: «*Mais ces normes je pense qu'il faut essayer de les suivre même si elles ont une origine économique tant que c'est pas préjudiciable pour le patient parce qu'il faut essayer de préserver notre système de couverture sociale qui est quand même le meilleur et qui si on fait pas attention c'est la population qui sera pénalisée*»

Des médecins ont également dit se laisser influencer par le ressenti de leurs patients en particulier pour les prescriptions d'arrêts-maladie et de médicaments génériques, les conduisant à dévier des normes de pratiques médicales souhaitées par l'assurance maladie.

M4: «*on est plus à se laisser entraîner, à donner des arrêts de travail se laissant influencer par le ressenti de nos patients*»

M16 :«*Après pour ce qui concerne les génériques, je n'ai rien contre cette idée mais parfois c'est difficile de le faire accepter à certains patients qui ont l'habitude d'un médicament particulier*»

Cependant les médecins ont déclaré que leurs pratiques coïncident globalement avec les normes promues par l'assurance maladie.

M12: «*si on suit pas les normes on se fait étriller par la sécurité sociale, enfin moi ça ne m'est pas arrivé parce que je suis... je pense être dans la norme malgré tout*»

M4: «*des fois il y a une petite contradiction entre nous, ce qu'on pense et ce que la sécu veut, comme la sécu a parfois un objectif purement économique alors que nous c'est pas la priorité, nous on veut d'abord soigner les gens, ne pas prendre trop de risque là je repense aux IPP qu'on donne même si on devrait pas, voilà on a plus tendance à couvrir nos patients, à donner des médicaments, à faire dépenser des choses, on est plus à se laisser entraîner, à donner des arrêts de travail se laissant influencer par le ressenti de nos patients mais au total, non on suit les normes*»

4.2.5.4 Ressentis des médecins face aux normes de pratiques médicales de l'assurance maladie

Plusieurs médecins ont dit que les mesures mises en place par l'assurance maladie pour faire coïncider leurs pratiques avec les normes qu'elle souhaite voir appliquées est une intrusion illégitime dans leur domaine de compétence. Cela est à l'origine d'un certain agacement.

M9: «*Et quand même, on a un peu d'expérience. Quand on a dix ans de médecine et qu'on a une déléguée de la sécurité sociale qui vient vous dire: voilà comment on doit traiter une sinusite aiguë maintenant, c'est peut être des normes mais moi je les accepte pas bien...*»

Ils ont exprimé le sentiment que l'assurance maladie sort du rôle qui lui est dévolu.
M3: «*quelque chose a été pondu par la sécurité sociale, elle a émis elle-même des règles, des trucs alors que ce n'est pas de sa prérogative* (…) *bon qu'on puisse s'appuyer sur des normes pour savoir ce qui est le mieux pour un patient diabétique oui mais il faut que la sécu enfin c'est pas à elle de le dire: «bon ben je vais vous dire comment il faut faire et puis je vais faire passer des coups de téléphones par mes collaborateurs pour vous aider», ben non, si j'ai besoin, qu'on me demande comment on peut m'aider, c'est plutôt ça.*»
M12: «*ben je pense que les technocrates qui pondent ces normes restent des technocrates c'est tout c'est pas des médecins, c'est clairement pas à des gens dans des bureaux à nous dire comment pratiquer la médecine, ils ont un savoir économique bien sûr, mais pour ce qui de la médecine hein.*»

Certains médecins ont parlé d'une surveillance pesante de leurs pratiques. Ils ont dit ressentir une véritable pression qui rend leur exercice inconfortable et stressant.
M3: «*on a l'impression d'être un petit peu sous surveillance hein, nos prescriptions sont disséquées au scalpel*»
M13: «*libéral ne veut pas dire sauvage mais libéral ne doit pas vouloir dire liberté surveillée non plus, or nous sommes en liberté surveillée*»
M10: «*Vous savez je suis retraité actif si ils me font trop de, de, pour pas être grossier, de misères, et bien je m'en vais, c'est simple je suis à la retraite alors...mais j'ai toujours fait comme ça vous savez j'ai pas changé mon activité, ils ont beau menacer, je continue à exercer la médecine qui me paraît efficace et sensée*»

Des médecins ont souligné que les sanctions en cas de non-respect des normes de pratiques de l'assurance maladie sont peu fréquentes et que par conséquent ils demeurent seuls

maîtres de leurs pratiques.

M13: «*je vais recevoir la représentante de la sécu le 25 et qui va me présenter mon score de l'année dernière en me disant mais pourquoi autant d'indemnités journalières etc etc, on sent bien qu'il veulent qu'on fasse exactement comme ils veulent sans tenir compte de l'individualité qui nous fait face. Même si on sait pertinemment qu'il y a relativement peu de sanctions* (…) *c'est juste un mauvais moment à passer.*»

M2: «*la norme voudrait que l'on face des «TDR» à tous les sujets qui arrivent ici avec une angine, bien qu'on ait un peu d'arbre décisionnel en fonction du tableau pour le faire ou pas le faire et qu'on garde une latitude ce qui est bien normal et on est quand même pas dans un système coercitif qui fait qu'effectivement je suis obligé de faire ce test, si je veux pas le faire je le fais pas*»

Plusieurs médecins ont précisé que cette volonté de normalisation des pratiques est une limitation de leur liberté d'action. Ils ont signalé avoir le sentiment d'un encadrement strict de leurs activité.

M2: «*on commence à ne pas pouvoir avoir beaucoup de latitude et effectivement devoir connaître et maîtriser les références de l'afssaps, et les normes qui voudraient être imposées par la sécurité sociale*»

M9: «*non, j'ai l'impression quand même qu'on est de plus en plus encadré mais ça peut aller quand même dans le bon sens mais la pratique libérale... vous voyez, moi ça fait 30 ans que je suis ici et quand je voyais les ordonnances de mes prédécesseurs, je me dis ils avaient quand même plus de liberté*»

Une lutte de pouvoir pour expliquer cette politique de normalisation a été évoquée.

M5: «*mais tous ces conflits avec la sécu à propos de normes qu'ils voudraient imposer et que les médecins ont du mal à accepter, c'est une histoire de pouvoir, avant les médecins avaient une vrai influence, regardez dans les villes les personnes importantes c'était qui?... le maire, le curé, le médecin, l'instituteur, et je crois que le but c'est de diminuer le pouvoir d'influence des médecins et on veut leur supprimer toute liberté pour les faire passer pour de simples exécutants des décisions prises par les pouvoirs publiques, voilà*»

M13: «*Moi j'étais contre le CAPI, qui avec cette convention devient institutionnalisé d'ailleurs, donc pourquoi la sécu dépense de l'argent pour nous imposer certaines choses qui finalement pourraient être prévues dans le contrat donc je trouve ça assez choquant et un peu bébête hein, je crois qu'ils essayent de nous acheter pour nous discréditer*»

Enfin certains médecins ont dit que l'assurance maladie use d'un discours et de mesures manipulatoires pour parvenir au respect de normes de pratiques médicales. Ils ont cité la technique de «la carotte et du bâton» pour encourager au suivi des normes et quelques-uns ont qualifié le discours justifiant la nécessité du respect des normes de pratiques médicales par une amélioration de la qualité des soins de «discours de façade»

M13: «*autre exemple, le rivotril on avait le droit de le prescrire puis c'est devenu un stupéfiant ce qui ne me dérange pas vraiment, mais pourquoi? Sauf que le rivotril est pour certaines personnes très important, heuristique ils en prennent depuis des années. Sont-ils intoxiqués? Je veux pas le savoir dans la mesure où il a vraiment une nécessité médicalement justifiée pour ces gens, le problème est qu'il faut systématiquement, tenez vous bien, à nouveau envoyer chez un neurologue toute personne étant sous rivotril, et ça c'est depuis le premier mars, pour qu'il donne son aval sur la prescription elle-même tout en devant mettre en place un protocole d'abandon du médicament alors qu'on le prescrit depuis des années, ça je peux vous dire que les gens sont pas contents du tout; donc on doit les envoyer chez le neurologue et le neurologue vous dit: ok vous pouvez continuer et là on peut continuer à le prescrire, donc vous voyez la façon vicieuse qu'ils ont d'imposer les choses. La sécu a décidé qu'il y avait une dérive avec ce médicament et décide qu'il faut moins le prescrire sans tenir compte de ceux qui en ont réellement besoin et pour diminuer cette prescription rendent les choses extrêmement compliquées*»

M4: «(le paiement à la performance) *ce que j'en pense personnellement c'est de dire euh, voilà c'est fonction d'objectifs donnés, si on remplit les objectifs on va avoir des points et en fonction des points on va avoir de l'argent, ben c'est la carotte qu'on nous met devant. On n'a pas voulu nous augmenter notre C, on va nous donner des sous d'une autre manière peut-être de façon plus sournoise en disant comme ça ils vont faire ce qu'on a envie de*

faire»

M3: «*je pense que son premier argument qui est un argument qui n'est pas injuste c'est que les gens soient bien soignés... mais je ne pense pas qu'elle fasse ça pour que les gens soient bien soignés, je pense qu'elle fait ça parce que elle veut faire des économies d'argent.*»

4.2.5.5 Principe du paiement à la performance.

Les normes promues par le paiement à la performance, tout comme l'ensemble des normes dont le respect est encouragé par l'assurance maladie, ont un intérêt variable en terme de bénéfice de santé pour les médecins interrogés. Certains ont considéré que quelques-unes étaient pertinentes et logiques, d'autres n'y ont vu qu'une volonté de réduction des dépenses de santé sans gain en terme de qualité des soins.

M6: «*Moi, je suis le CAPI mais pas tout le temps, je considère que le crestor est le meilleur hypolipémiant dans les dyslipidémies un peu... et ben c'est pas parce que le CAPI me demande de prescrire de la pravastatine... je vais pas non plus pénaliser mes malades mais dans l'immense majorité des cas, il y a une logique valide* (…) *je me sens pas acheté dans la mesure où dans les normes de la sécu il n'y en a aucune qui ne me paraisse bouffonesque si je peux me permettre d'utiliser un mot qui me vient tout de suite à l'esprit*»

M12: «*la sécurité sociale se fiche pas mal de nos pratiques médicales, ce qui l'intéresse c'est juste de faire des économies, ils s'occupent que de leurs comptes, il se fichent complètement de la qualité des soins parce que quand vous voyez les objectifs qui nous sont fixés par la nouvelle convention médicale c'est clairement pas leur problème hein, leur problème c'est de maîtriser les dépenses de santé c'est tout. Quand je regarde dans la nouvelle convention, sur quels critères les médecins vont être payé c'est n'importe quoi*»

M10: «*je vois pas pourquoi je serais payé à la performance, je suis là pour soigner des gens. Quand quelqu'un vient et qu'il a un problème aigu, je vais lui faire une IRM? Ah! Non, c'est pas possible pour ma prime donc je vais lui faire une radio? Mais, ah non on n'a pas le droit alors je lui dit: écoutez prenez une aspirine et revenez me voir dans huit jours ,*

c'est pas possible, c'est pas possible, je travaille pas pour la performance (…) *c'est bien sûr des performances économiques qui sont rétribuées c'est pas des performances médicales*»

Des médecins ont souligné que quelques-unes de ces normes ont suscité débat et controverse voire même une certaine résistance d'une partie de la profession.
M2: «*en plus il y a quand même une certaine élévation, une certaine fronde, une certaine opposition à cette convention*»

La majorité des médecins ont dit ne pas approuver le principe d'une rémunération supplémentaire accordée à ceux qui se conformeraient aux normes de l'assurance maladie.
Deux types d'arguments ont alors été avancés:
•certaines de ces normes vont à l'encontre de l'intérêt médical du patient.
•les patients doivent bénéficier des meilleurs soins indépendamment d'une prime financière qui leur serait octroyée.
M16: «*alors je suis totalement contre ce principe, j' ai fait médecine pour prendre en charge des malades parce que je suis concernée par leur santé, et cette prise en charge doit être optimale indépendamment d'une prime qu'on nous donnerait.*»
M9:« *Alors ça je suis absolument contre. Bon, il faut dire aussi que moi je suis dans ma 66ème année et qu'on m'impose euh...enfin je trouve ça anormal qu'on nous donne des primes pour suivre des bonnes pratiques si vous voulez* (…) *voilà je pense que c'est pas très moral de recevoir des primes pour bien faire son travail*»

Quelques médecins ont expliqué accepter recevoir un surplus de rémunération car les normes auxquelles on leur demandait de se conformer leur paraissaient justifiées.
M4: «*Alors est-ce que c'est bien que la sécu nous donne des sous? Oui, c'est bon à prendre mais je vous dis dans tout ce qu'ils nous demandent, bon faudrait revoir de façon très précise, ça semble logique euh justifié*»
M8: «*ça fait son chemin, je pense que le paiement à l'acte n'est plus un paiement adéquat.*

Ça me dérange pas de prendre de l'argent en fonction de l'adéquation de mes pratiques avec ce que demandent les normes de bonnes pratiques puisque ces normes j'y adhère.»

D'autres ont précisé accueillir favorablement cette prime mais ont dit ne pas modifier leur pratiques en vue de l'optimiser. Ils ont expliqué que l'observation de ces normes est soumis aux bénéfices que le patient peut en espérer en terme de santé.

M7: «*Ça m'intéresse plus de suivre les normes scientifiques que de rechercher la performance et de regarder tous les soirs mon ordinateur pour voir si je vais toucher le bonus, c'est euh, ça m'intéresse pas, ça m'intéresse pas, je trouve ça euh... C'est bien de ramener de l'argent si ça concorde mais c'est pas ça qui va guider ma pratique ou la modifier.*»

M6: «*il y a des gens qui réfléchissent qui essaient de nous inciter à respecter strictement des choses... ben dans, dans la liste, il y a des choses que je ne pourrais pas suivre et je l'ai dit déjà aux gens de la sécurité sociale, vous ne me ferez pas faire ça par exemple hein mais euh si j'ai à la fin de l'année un chèque et si j'ai été un bon élève, dans la mesure où j'ai pas pénalisé*»

4.2.6 Normes de pratiques médicales et considérations éthiques.

La plupart des médecins ont affirmé que l'objectif de la pratique médicale est de dispenser les meilleurs soins possibles. Toute norme dont l'application peut être bénéfique en terme de santé pour le patient se doit alors d'être suivie. Certains ont évoqué le contrat moral qui les lie à leurs patients.

M14: «*on reçoit les recommandations de la HAS régulièrement… sinon on peut aller sur leur site internet, on essaye de les assimiler… enfin on retient les grandes lignes essentiellement et on essaie de les appliquer mais ce qui est très important c'est de se tenir informé des nouvelles avancées en lisant les revues médicales parce que tout évolue très vite et on doit toujours faire bénéficier à nos patients des meilleurs traitements à*

disposition»

M2: «*oui bien sûr, il faut qu'on s'oblige à les respecter puisqu'elles sont quand même pondues pour le bien de la santé des patients.*»

M5: «*en fait, on a des recommandations qui nous expliquent quelle est la manière de soigner nos patients qui est censée être la meilleure, donc on ne devrait pas être en conflit avec ces normes, c'est ce qu'on devrait faire systématiquement*»

M16: «*j' ai fait médecine pour prendre en charge des malades parce que je suis concernée par leur santé, et cette prise en charge doit être optimale indépendamment d'une prime qu'on nous donnerait, je comprend pas qu'on donne de l'argent pour quelque chose qui devrait être fait spontanément et qui est à la base de notre contrat moral avec le patient.*»

M13: «*en fait toutes ces règles reposent sur le contrat tacite, là je vous parle pas de cette idiotie de médecin traitant pondue par la sécu, le contrat avec le patient c'est de lui faire bénéficier des meilleurs soins possibles mais on reste des êtres humains bien sûr et on peut se tromper donc on a des règles, des normes qu'on suit pour lui fournir ces meilleurs soins, voilà.*»

Plusieurs médecins ont dit que toute norme qui leur semble préjudiciable pour la santé de leurs patients doit être transgressée.

M14: «*alors bien sûr, j'essaye d'avoir des pratiques raisonnables et j'essaye de pas prescrire d'examens s'ils sont pas nécessaires, on cherche pas à ruiner notre système de santé, mais j'ai d'abord un devoir envers mon patient, donc je vais pas m'empêcher de prescrire un traitement ou un examen si je pense que c'est utile, juste pour aider la sécu à faire des économies.*»

M3: «*les études scientifiques nous permettent d'évaluer l'efficacité des traitements et des différents examens et il est essentiel de s'appuyer là-dessus mais il faut s'en écarter de temps en temps...mais cet écart est réfléchi et justifié, on est quand même individuellement responsable de nos patients*»

Enfin, certains ont expliqué que des considérations économiques ne doivent pas faire

obstacle à une bonne prise en charge médicale de leurs patients.

M14: «*mais franchement je me fixe pas beaucoup sur leurs demandes parce que ils ont un objectif économique et que mon objectif à moi c'est pas ça, mon objectif c'est de bien soigner mes patients voilà…*»

Seul l'intérêt, en terme de santé, du patient qui leur fait face doit présider aux choix des pratiques à suivre.

M8: «*le premier principe et devoir du médecin c'est de prendre soin du patient particulier qu'il a en face de lui, ça fait presque exploser toutes les normes, s'il faut sortir des normes pour lui sauver la vie ça peut être nécessaire de sortir des normes, un traitement qu'on utilise en dehors de ses indications ou sûrement plein d'autres situations*.»

4.2.7 Exigences concernant les normes de pratiques médicales.

Plusieurs médecins ont exprimé des exigences quant aux normes de pratiques médicales. Elles doivent revêtir certaines caractéristiques afin de mieux correspondre à l'essence de leur profession.

Certains ont souhaité tout d'abord que les normes ne leur soient pas opposables, ils veulent que leur application reste souple et soit soumise à leur jugement. Ils ont précisé que les normes sont par nature schématiques et ne peuvent pas prévoir l'ensemble des cas particuliers rencontrés. La possibilité d'une adaptation circonstanciée leur a paru indispensable. Des médecins ont parlé ainsi de la médecine comme d'un art.

M13: «On *essaye de faire rentrer nos pratiques dans des cases c'est à dire dans des normes et ces normes sont faites de façon moyenne pour une population large et on ne doit pas nous les imposer de façon stricte*»

M7: «*le frein c'est la rigidité quoi, c'est quand justement il n'y a plus ces, ces nuances, quand la discussion n'est plus possible, qu'on n'a plus la possibilité de s'adapter à la réalité de la situation clinique, c'est ça le frein pour moi, ou alors quand il y a des sanctions, je vous parlais de la CPAM, quand il y a des sanctions immédiates si on ne suit*

pas les règles, sans réfléchir sur un cas donné sans tenir compte des différents paramètres annexes quoi, j'accepterais pas ce genre de normes trop rigides.»
M8: « *je trouve que notre métier c'est plein d'entre deux de euh c'est tout un art en fait, y a des normes mais il faut savoir en sortir...rarement quand même.*»

Quelques médecins ont déploré l'absence de concertation avec la profession lors de l'élaboration des normes, ils pensent que leur point de vue permettrait d'établir des normes plus adaptées à leur exercice.
M9: «*C'est important que ces normes soient adaptées à la pratique de terrain, il faut qu'elles nous apportent quelque chose, qu'on n'ait pas l'impression qu'elles ne viennent de nulle part*»

Quelques médecins ont exprimé la nécessité d'une transparence concernant l'élaboration des normes de pratiques médicales. Il leur semble important pour se déterminer à leur sujet de savoir qui les a établies et quel est l'objectif visé.
M1: «*Non, je suis tout à fait pour qu'il y ait des normes, des règles quoi, mais qu'on sache qui les a édictées, dans quel but, qu'on le sache tout le temps et qu'on sache qu'est-ce qui arrive quand on ne respecte pas la norme* (…) *Voilà, je pense que pour chaque norme, d'autant plus si elle est obligatoire faut savoir qui l'a écrit et dans quel but voilà.*»

Des médecins ont précisé qu'une surveillance du bon suivi des normes de pratiques est superflu car un devoir envers leurs patients impose de dispenser les meilleurs soins possibles.
M16: «*Par contre un flicage ne me paraît pas être une bonne chose, on doit être fliqué par sa propre conscience, le patient nous fait confiance, il nous livre sa santé et on doit lui apporter tout ce qu'on peut sans pour cela y être incité par qui que ce soit*»
M10: «*j'ai toujours fait une médecine comme j'aurai fait pour moi, on est responsable de nos patients et on n' a pas besoin de nous faire suivre des normes de façon autoritaire ou même nous inciter par une carotte pour bien soigner les gens*»

Un médecin a souhaité, quant à lui, que cette surveillance ne soit pas dévolue à l'assurance maladie. L'institution ne lui semblait pas avoir un jugement objectif dans ce domaine.

M3: «*je pense que le problème c'est qu'elle est juge et parti dans la question, j'aimerais bien qu'il y ait une instance qui soit un petit peu objective et débarrassée du paiement et qui puisse un petit peu dire s'il y a des travers et où ils sont et qu'ils le disent d'une manière euh générale, parce que des travers il y en a, bien entendu, dès qu'il y a une activité humaine hein*»

Certains ont exprimé la nécessité de voir des considérations médicales présider à l'élaboration de normes de pratiques. Les autres considérations notamment économiques devraient être reléguées à un second plan.

M14: «*Mais il y a quand même une logique dans nos pratiques on ne peut pas prescrire juste pour faire plaisir, il faut que ça soit justifié médicalement.*»

M15: «*mais j'espère qu'on n'en arrivera pas à d'autres types de normes comme en Angleterre ou autre où on ne met plus de PTH à partir d'un certain âge et qui ne sont plus des normes d'origine médicale mais des normes d'origine politico-économique.*»

Un médecin enfin a noté que la bonne prise en charge des problèmes de santé des patients nécessite une coopération et une circulation des informations entre les différents acteurs de santé. Il souhaiterait donc voir imposées des normes de bonne pratique dans ce domaine.

M13: «*il y a des normes pour la continuité des soins qui ne sont pas respectées, les hôpitaux ont beaucoup de mal à nous faire parvenir des comptes rendus d'hospitalisation, ça dépend un peu des services, des médecins hospitaliers et puis on n'est pas tenu au courant des décisions prises pour nos patients, on ne participe pas aux décisions; c'est là qu'on devrait imposer des normes de bonnes pratiques pour que le patient puissent bien être pris en charge.*»

4.2.8 Ressentis face aux normes de pratiques médicales.

De nombreux médecins ont exprimé le sentiment que de plus en plus de normes viennent guider leurs pratiques médicales. Ils ont prédit également que cette tendance à la normalisation allait perdurer et s'accentuer.

M12: «*on a le sentiment qu'on nous demande d'avoir des pratiques de plus en plus formatées*»

M13: «*C'est vrai qu'on s'oriente vers la télémédecine, vers les ordonnances toutes faites, il y a une dépersonnalisation de l'exercice médicale, à terme hein, on en n'est pas là mais on sent bien qu'on s'oriente dans cette direction. Il y a en ce moment une tendance au formatage*»

M2: «*il y a des normes qui voudraient guider de façon assez rigide... actuellement, à notre époque un peu plus* (…) *parce que on est tous dans le calcul aujourd'hui, le règlement, l'efficacité, la conduite euh réfléchie, adaptée*»

La plupart ont semblé s'accommoder de cette nouvelle orientation que prenait la pratique médicale voire s'y résigner. Ils ont affirmé que l'institution de normes pour guider leur pratique était un principe acceptable, à quelques conditions près.

M13: «*j'ai rien contre l'idée de normes mais on a le droit d'utiliser des voies plus marginales quand on estime que c'est pour le bien du patient qu'on a en face de nous*»

M2: «*c'est pas vraiment la notion de normes qui est gênante mais il faudrait discuter chaque norme*»

M8: «*Mais qu'il existe des normes à suivre, de procédures qui seraient éprouvées comme la meilleure façon, la plus efficace de soigner les gens ça me dérange pas*»

M6: «*Moi, le libéralisme forcené qui consisterait à dire: moi, je fais une profession libérale, je suis le seul maître à bord, ici c'est mon bateau, euh je sais tout, euh pfff. Non, on sait pas tout, si le code de la route change et qu'on apprend que telle ou telle façon de conduire réduit la mortalité ben faut s'y adapter quoi, si dans telle zone c'est 80 km à l'heure et dans telle zone c'est 60 et ben on va respecter, sinon on est sans arrêt en porte à faux avec les normes, voilà. Enfin, enfin, on peut discuter avec le 80 à l'heure qui est*

ramené à 60, on peut dire et ben c'est idiot d'accord mais et bien c'est comme ça (...) *les recommandations varient, comme ça elles peuvent apparaître de manière récente et elles peuvent entrer en contradiction avec ce qu'on avait l'habitude de faire, j'exerce depuis, je vous le répète depuis trente sept ans c'est sûr que j'ai été obligé de m'adapter à des normes quelques fois, parce que je vous le dit encore j'adhère, ça, ça doit correspondre à une logique donnée, enfin des logiques, ça peut entrer en contradiction enfin pas en contradiction, en porte à faux avec ce que j'ai fait jusqu'à présent mais je m'adapte, j'accepte, je vais pas lutter*»

Cependant des médecins ont déploré l'inconfort engendré.

M12: «*oh je sais pas vraiment, comme ça euh...par exemple, on doit pas prescrire d'antibiotiques systématiquement sur des angines parce qu'elles sont pour la plupart virales et donc on doit faire des tests de dépistage rapide pour dépister le streptocoque euh... il faut essayer de prescrire des génériques d'ailleurs on devrait maintenant prescrire en DCI, ça nous complique vraiment les choses*»

M2: «*Maintenant il va falloir que ce soit, euh rien que les règles de la dernière convention en médecine générale, ça risque de pas être très confortable alors peut être que les jeunes générations seront plus à même de se fondre dans le moule mais il va peut être y avoir de la casse dans nos rangs. Nous, on n'a pas l'habitude de pratiquer une médecine rigide*»

La notion de normes a soulevé cependant quelques inquiétudes chez un bon nombre de médecins. Certains étaient ainsi préoccupés par les sanctions encourues en cas de non-respect de certaines normes de pratiques.

M1: « *en fait si on n'est pas dans la norme, on est anormal? (sourire) le terme norme ce qu' y a derrière c'est normatif, c'est une terminologie que je ne goûte pas tellement...*»

E: «*d'accord donc vous n' adhérez pas à cette terminologie, derrière il y une connotation qui vous plaît pas.*»

M1: «*oui tout dépend, si on sort de la norme qu'est-ce qui nous arrive?*»

M13: «*parce qu'on sait qu'il y a un certain nombre de normes à respecter et donc on a un*

peu peur (…) *quand on prescrit on ne sait plus trop ce qu'on peut faire ou pas et quelles sanctions on risque, et à mon avis c'est pas étranger au phénomène de burn-out des médecins.*»

Un médecin s'est inquiété de voir les normes de pratiques médicales lui être opposées en cas de poursuite judiciaire.

M7: «*Oui, il y a aussi la dérive, la dérive américaine, procédurière évidemment, ne pas se référer aux normes égal des poursuites judiciaires ou économiques, c'est un risque d'établir des normes.*»

E:*«et vous avez cette inquiétude pour la pratique en France?*»

M7:«*oui y a de plus en plus de procédures judiciaires remettant en cause la validité de nos choix thérapeutiques, et si il existe des normes strictes, on risque de nous demander pourquoi on s'y est pas référé*.»

4.2.9 Opinions sur des normes de pratiques médicales obligatoires.

Pour l'ensemble des médecins, les normes de pratiques médicales ne doivent pas revêtir un caractère obligatoire. Il ont affirmé qu'une pratique basée sur une observation stricte de normes serait inadaptée à la gestion de la santé d'êtres humains, par nature différents les uns des autres. Une réflexion personnelle pour adapter ces normes à chaque cas particulier leur semble indispensable.

M5: «*qu'il y ait des règles ou des normes comme vous dites qui nous indiquent une ligne directrice qui a été éprouvée par des études ou réfléchie par des experts oui mais qu'on n'ait pas la possibilité de s'en écarter quand on le juge nécessaire certainement pas, on a quand même la capacité d'évaluer ces grands principes en fonction de la personne individuelle qu'on a en face de soi, c'est une évidence*»

M3: «*il faut que nos pratiques se basent le plus possible sur ce qui est prouvé comme efficace ou même simplement réfléchi comme tel par les experts mais il est évident que la*

variabilité des êtres humains ne permet pas de les appliquer de façon automatique, voilà»
M16: «*si c'était une observation stricte, je serais contre comme je vous disais il y a des cas atypiques qui nécessitent des adaptations*»

Certains ont précisé qu'une telle application aveugle de normes de pratiques serait dangereuse pour la santé de leurs patients.
M14: «*si on devait les suivre strictement ce serait dramatique, pour certains de nos patients en tout cas, parce que pour certains suivre les normes n'est pas bénéfique pour eux parce que leur situation clinique peut être particulière… on a affaire à des êtres humains, ce sont pas juste des mécaniques hein, ça serait dangereux.*»
M5: «*s'il faut absolument pas en déroger je pense que c'est trop rigide et que ça peut poser des problèmes, c'est dangereux*»

Des médecins ont souligné que la nécessité de la prise en compte des préférences et des attentes des patients rendent de telles pratiques impossibles. Plusieurs médecins ont estimé que les décisions médicales doivent être discutées et négociées avec leurs patients et non imposées de façon autoritaire .
M2: «*je ne conçois pas les rapports humains ainsi, j'ai des patients en face et je prend en compte leur situation leur vision des choses, je ne leur impose pas une façon de faire parce que la norme le dit*»
M11: «*il y a besoin de réflexion personnelle, de réflexion en collaboration avec les patients, on n' est pas de simples agents d'application de normes.*»

Par ailleurs, un exercice basé sur l'application mécanique de normes a été unanimement jugé déshumanisant. Un espace de liberté et de réflexion personnelle a été qualifié de fondamental.
M6: «*Il faut une part de liberté, parce que l'être humain il rentre pas forcément dans un moule comme ça, de robots identiques les uns aux autres, il y a la part du du de la dimension personnelle, donc il y a des situations où ne suivre que les normes, on*

m'imposerait d'avoir tel type d'attitude thérapeutique non il me faudrait une part de liberté.»

E: «*oui, d'accord euh et qu'est ce que vous pensez d'une pratique médicale basée sur une observation des normes?*»
M3: «*de manière stricte ça serait pas bien, puisqu'il faut que chaque personne puisse donner un petit peu de son originalité, de sa personne, de sa façon de travailler, de sa curiosité. Si on applique que ça, on devient des moules, on est fermé comme des moules, c'est à dire que on n'est plus tant d'êtres humains, on ne devient qu'un seul qui ne s'adapte à rien ce n'est pas le but.*»

Une telle orientation rendrait l'exercice de la médecine sans intérêt.
M11: «*Mais pour les médecins à l'heure actuelle, je pense pas, c'est pas pour ça qu'ils ont fait ce métier* (…) *on est pas de simples agents d'application de normes*»
M13: «*ce serait bien ennuyeux et bien triste, ça serait la mort de notre profession*»
M9: «*suivre simplement ce qui est inscrit dans les papiers de la sécu c'est pas la peine d'avoir fait des études de médecine pour ça hein...j'aurais vraiment l'impression de revenir aux officiers de santé qu'on avait euh avant si vous voulez*»
M7: «*les normes de la science c'est une base sur laquelle on s'appuie, et ça serait vraiment frustrant s'il fallait réduire notre travail à juste observer des normes et pas avoir son mot à dire, de la place pour sa propre réflexion, non c'est important d'avoir quand même un peu de liberté décisionnelle*»

Pour certains, elle est incompatible avec la notion de pratique libérale à laquelle ils sont attachés
M10: «*c'est très contraignant, oui c'est très contraignant et puis ça serait pas efficace, si on observait de façon stricte des normes, non on peut pas faire ça en médecine libérale et ça me paraît difficile d'avoir une médecine de normes comme dans les pays à haute euh pression socialiste sur la médecine; moi je suis essentiellement libéral, je pense que les gens font, quand on les laisse faire pour leur intérêt, il le font bien*»

M9:«*si j'ai choisi de pratiquer la médecine libérale c'est pas pour être enfermé dans des normes justement*»

Plusieurs médecins ont exprimé une réelle inquiétude quant à l'encadrement strict de leurs pratiques car on semble s'orienter vers une généralisation de ce phénomène, mais cette généralisation leur paraît encore lointaine.

M13: «*C'est vrai qu'on s'oriente vers la télémédecine, vers les ordonnances toutes faites, il y a une dépersonnalisation de l'exercice médicale, à terme hein, on en n'est pas là mais on sent bien qu'on s'oriente dans cette direction.*»

D'autres ont estimé que ce type d'exercice ne peut pas être mis en place.

M2: «*c'est vrai qu'il y a certainement un essai de cadrer de façon très serrée des pratiques, bon comme je vous dis au quotidien on sait bien que ça va pas marcher au poil et que ça va mettre du temps, je suis pas très très inquiète de toute façon, je pense pas qu'on puisse imposer des normes comme ça*»

5 DISCUSSION

5.1 Synthèse-discussion des résultats.

Globalement, les médecins que nous avons interrogés ont bien intégré le concept de normes de pratiques médicales. Ils ont même décrit le caractère prescriptif qu'il renferme. Certains ont marqué quelques hésitations à l'énoncé du terme. Il est vrai que le mot «norme» n'est jamais employé par les institutions, on lui préfère références, référentiels, recommandations de bonne pratique peut-être plus diplomatiques, peut-être moins polémiques. Rapidement, les médecins ont retrouvé le lien avec leur activité. Alors ils critiquent, discutent, posent des jugements de valeur pour chaque types de normes qu'ils ont identifiés.

-multiplicité des normes:

Les médecins ont dit être confrontés, dans leur exercice, à de multiples normes. Ces normes proviennent de différentes sources. Chacun de ceux qui sont concernés par les pratiques médicales semble avoir une vision personnelle de ce que doit être une bonne pratique et tente d'imposer un discours normatif. Les experts des agences de santé et les sociétés savantes ont une conception de la médecine qui est centrée sur l'efficacité biomédicale des soins. Cette efficacité est essentiellement évaluée par des études scientifiques. Le discours normatif des médecins spécialistes participe de cette vision. L'assurance maladie, organisme chargé de la gestion des dépenses de santé, est financée par la solidarité nationale. Elle souhaite voir appliquée des pratiques efficientes qui satisfassent à la fois à des impératifs de qualité des soins et aux impératifs économiques. Les patients aussi ont des demandes normatives. Ils souhaitent obtenir les soins qu'ils se représentent efficaces et performants. Le temps du paternalisme est révolu, ils veulent dorénavant participer plus activement à la prise en charge de leur de santé (26). Leurs représentations

sont largement influencées par l'ambiance médiatique et les relais d'information moderne. Les visiteurs médicaux eux-aussi diffusent, dans leur discours commercial, des représentations normatives. Ce discours est bien identifié et de fait, il est suspect (27). Les médecins ont dit rester méfiants.

Les normes de pratiques médicales ont donc semblé familières aux médecins interrogés. Elles s'intègrent à leur quotidien. Elles ne sont pas systématiquement intellectualisée mais elles sont présentes de façon évidente dans l'ensemble des champs professionnels. Certains ont souligné que la formation médicale était déjà initialement une première introduction à l'utilisation des normes. Les normes côtoient les médecins dès leur premier contact avec la profession.

-Un rapport aux normes orienté par des considérations éthiques.

Les médecins ont un regard critique sur les normes de pratiques. Une norme ne peut être suivie que si elle leur semble servir l'intérêt du patient. Ils ont souligné le caractère fondamentalement moral de l'activité médicale (28). Seul le bien du patient peut guider les pratiques. Ce principe établi, ils acquièrent un sentiment d'indépendance vis à vis des normes. La rencontre entre un «savoir et une conscience d'un côté et une souffrance et une confiance de l'autre» confère au médecin une responsabilité morale personnelle envers son patient. Il ne peut se soumettre à aucune injonction extérieure sans en évaluer les conséquences pour la santé de son patient. Les médecins n'ont cependant pas de rejet de principe de l'idée de normes de pratiques médicales, si ces normes semblent aller dans le sens du bien de leur patient. Ils se font alors un devoir de s'y conformer. Les rapports qu'ils entretiennent avec les normes semblent essentiellement déterminés par la conception éminemment éthique qu'ils ont de leur profession. La santé n'est pas un bien comme les autres, elle est une valeur universelle. Les patients leur confient ce bien avec confiance. Les médecins doivent leur fournir les meilleurs soins possibles selon le principe de bienfaisance (29). Il s'agit ensuite de déterminer ces meilleurs soins. Le médecin est alors guidé par sa conscience morale pour choisir les ressources à mobiliser pour y parvenir:

données de la science, expérience clinique, valeurs et préférences du patient, intuition, appel à des confrères.... Et ces ressources sont multiples.

-statut des normes.

Lorsque les médecins ont été interrogés sur les normes de pratiques médicales, ils ont essentiellement centré leur discours sur les normes scientifiques et les normes de l'assurance maladie. Ils semblent donc ressentir avec plus d'intensité cette volonté de normalisation de leurs pratiques issue des rangs des adeptes de la médecine scientifique et des gestionnaires des dépenses de santé que nous avons décrite en introduction et bien identifiée par de nombreux sociologues et économistes (30,31).
Cependant, la complexité des situations, les spécificités individuelles ne se prêtent pas à une normalisation stricte selon les médecins interrogés. Ils considèrent que les normes des institutions ne peuvent être que des indications ou des repères. Il faut en tenir compte mais ne pas s'y conformer de manière mécanique. Il est nécessaire d'adapter les pratiques à la singularité du patient qui leur fait face et à la complexité des situations. Dans leur esprit, les normes établies pour les pratiques médicales sont des guides et n'ont pas vocation à être appliquées de façon stricte.

-normes scientifiques.

Prendre en compte les données de la science est un principe fondamental. Les médecins ont insisté sur ce point. Il est d'ailleurs à noter que c'est une obligation à la fois légale et déontologique (32).
La plupart des médecins a vu dans les recommandations de bonne pratique des agences de santé françaises et des sociétés savantes des normes scientifiques de pratiques médicales. Ces recommandations élaborées par des experts reposent sur des essais cliniques statistiques. Les médecins ont reconnu à ces essais la capacité de déterminer les meilleurs pratiques.

Ces recommandations semblent véritablement utiles pour leurs pratiques, elles peuvent être en particulier un argument à opposer aux demandes infondées des patients. La négociation avec les patients est parfois difficile et l'argument scientifique semble être un argument de poids. Ils ont dit qu'elles leur fournissaient également une synthèse de l'évolution des connaissances scientifiques.

Certains accordent une véritable confiance à cet outil de diffusion de normes issues des données de la science. La plupart des médecins ont cependant le sentiment que les recommandations ne sont pas toujours scientifiquement valides et ont estimé devoir les évaluer de manière critique. Ce sentiment peut provenir de certaines imprécisions, de la qualité des promoteurs, du devenir de certaines recommandations qui ont été supprimées à la suite de la découverte de conflits d'intérêt de certains experts qui ont participé à leur élaboration. Cette élaboration devrait être plus transparente. Les médecins veulent connaître les objectifs qui sont visés et qui y participe. Ces éléments seraient indispensables pour qu'elles puissent être convenablement intégrées à leurs pratiques.

Les médecins ont cependant affirmé appliquer ces normes dans leur pratique quotidienne. Mais cette application est raisonnée. Ils ont souligné la nécessité de s'adapter aux situations spécifiques qu'ils rencontrent à l'aide de leur expérience clinique et en fonction de leur approche globale des patients. Ils ont justifiés leur point de vue. Le caractère statistique des essais cliniques tend à produire des normes valables dans une perspective de santé de population. Ils sont eux responsables de la santé d'un patient. Par ailleurs ces normes leur ont semblé schématiques et théoriques et de fait peu adaptées à des situations complexes. La réalité du terrain leur a paru être un élément central dans la pratique médicale. Ainsi certains ont dit évaluer la valeur des normes scientifiques en fonction des effets qu'ils observaient sur la santé de leurs patients. Les médecins ont également reproché à ces normes d'être centrées sur une conception biomédicale de la santé qui ne correspondait pas à leur approche holistique des patients. L' approche holistique est une spécificité revendiquée par les médecins généralistes (33). La médecine générale est décrite par les praticiens comme une médecine de l'individu et s'oppose en cela à une médecine d'organes, experte (34). Dans cette approche, la santé est considérée comme un phénomène

complexe influencé par de nombreux facteurs biologiques mais aussi psycho-comportementaux et socio-environnementaux (35). Le patient doit donc être envisagé dans son ensemble dans une démarche d'attention élargie à la recherche de toute information permettant de décider de l'action la plus adaptée à mener. L'approche holistique envisage également le patient dans ses déterminants culturels et existentiels (36). Ses valeurs, ses priorités, sa conception de la vie doivent être intégrées à des soins de qualité.

Il est à noter que les critiques énoncées par les médecins de notre étude avaient déjà été adressées aux promoteurs de la médecine fondée sur les preuves, aux origines de ce mouvement. Ceux-ci souhaitaient que les décisions médicales soient prises en fonction des résultats des essais cliniques randomisés en double aveugle et des méta-analyses agrégeant ces études plutôt qu'en fonction de l'expérience clinique du médecin et de savoirs physiopathologiques (11). La médecine fondée sur les preuves fut ensuite redéfinie par ses théoriciens redonnant une place à l'expertise clinique, aux connaissances physiopathologiques et aux préférences des patients dans les décisions médicales (13). Les médecins que nous avons rencontrés semblent donc, sans vraiment l'intellectualiser, imprégner des principes de cette conception de la pratique médicale. Ils associent les données de la science à leur expérience clinique et intègrent les facteurs psycho-sociaux liés aux patients ainsi que leurs valeurs et préférences pour décider des actions à mener (37). Cependant l'expérience clinique est une ressource essentielle pour les médecins interrogés, lorsqu'elle s'oppose aux normes scientifiques, elle semble prendre le dessus pour certains.

-normes de l'assurance maladie.

Pour les médecins que nous avons interrogés, les normes de l'assurance maladie sont essentiellement élaborées dans une optique de réduction des dépenses de santé. La plupart ont dit penser qu'elle sort de son rôle lorsqu'elle édicte des normes. Ils ont vu dans ces normes l'intervention d'économistes et de médecins qui n'ont pas de véritable vision de la réalité des pratiques, certains semblent véritablement suspicieux envers l'assurance

maladie. Bien qu'elle ait assuré avoir introduit le paiement à la performance dans le but d'améliorer la qualité des soins (38), ces normes ne leur ont pas semblé aller toujours dans le sens de l'intérêt médical de leurs patients. Ils ont dit ne pas hésiter à les transgresser s'ils le jugeaient nécessaire. Les médecins ont semblé conscient de la nécessité de réduire les dépenses de santé. Ils se sont cependant octroyés le devoir d'assurer les meilleurs soins possibles à leurs patients. La plupart des médecins ont dit ressentir une importante pression de la part de l'assurance maladie pour suivre leurs normes. Cela leur a semblé aller à l'encontre d'une pratique libérale et de leur devoir de bienfaisance envers leurs patients. L'argument éthique a été essentiel. Il est un rempart contre toute normalisation insistante ou excessive. Le paiement à la performance n'a pas échappé à cette lecture éthique. Ces implications éthiques avaient déjà été analysé dans un travail en 2010 (39). Plusieurs travaux ont également décrit les risques de dérives potentielles d'un encouragement financier à respecter des normes médicales (40,41). La majorité des médecins a considéré ici immoral le principe d'octroyer une prime aux médecins afin de les encourager à suivre des pratiques présentées comme bonnes. Ils pensent avoir le devoir d'assurer les meilleurs soins indépendamment de primes éventuelles qui pourraient leur être allouées pour cela. Quelques-uns ont introduit la notion de résistance, voire de lutte contre le CAPI. Certains, comme exprimé dans un manifeste publié en 2007 (42), ont accepté le principe d'un surplus de rémunération en fonction de l'atteinte d'objectifs pré-établis mais ont affirmé continuer de pratiquer sans chercher à optimiser leur prime, l'intérêt du patient étant au centre de leurs préoccupations. Enfin, des médecins approuvant les normes encouragées par cette rémunération ont dit adhérer au principe.

-Participation des médecins généralistes à l'élaboration des normes de pratiques médicales.

La participation de médecins généralistes à l'élaboration de normes de pratiques médicales permettrait selon les médecins interrogés d'obtenir des normes plus conformes à ce que doivent être les pratiques des généralistes. Cette participation a également été sollicitée dans un autre travail sur le paiement à la performance en France (43). Ils sont au cœur des

pratiques, leur point de vue contribuerait à l'élaboration de normes plus facilement applicables au quotidien. Ces normes permettraient alors de guider, sans contraindre, les pratiques de la profession et d'améliorer la qualité des soins.

-ressentis des médecins face aux normes de pratiques médicales.

Les médecins ont semblé s'accommoder du concept de normes. Certains ont probablement le sentiment qu'une normalisation stricte de leur pratique est impossible: ils considèrent les normes comme des repères indicatifs plutôt que comme des normes auxquelles il faudrait rigoureusement se conformer. La médecine semble rester un art. Elle est tout de même basée sur des données scientifiques mais nécessite l'intervention de l'expertise clinique du médecin et l'intégration des valeurs du patient. Les décisions médicales sont influencées par de multiples facteurs qui ne sont pas toujours objectivables. L'expérience plus subjective du médecin est une ressource nécessaire.
D'autres ont semblé plus inquiets. Ils ont dit que le normalisation risquait de prendre de l'ampleur et que des normes obligatoires n'étaient pas à exclure. Ces dernières leur ont semblé néfastes pour la qualité des soins. Nous avons cependant le sentiment qu'une normalisation plus stricte leur paraît encore éloignée et qu'ils n'ont pas vraiment organisé de lutte. Certains se sont également inquiétés de la place grandissante des considérations économiques dans l'élaboration des normes de pratiques. Ils ont exprimé des réserves sur le maintien de la qualité des soins dans ce contexte.

5.2 Discussion de la méthode: forces et limites.

Notre étude nous a permis de souligner les normes de pratiques médicales auxquelles les médecins généralistes ont le sentiment d'être confrontés et d'appréhender les représentations qu'ils en ont. Elle a mis à jour les rapports qu'ils peuvent entretenir avec elles et a sondé leur sentiment vis à vis de la normalisation de leurs pratiques.

Le point de vue propre et direct de la profession de médecin généraliste sur les normes de pratiques médicales n'avait à notre connaissance jamais fait l'objet d'étude systématique.

La méthode qualitative a permis de faire émerger une appréhension de ce phénomène au plus proche des représentations et du vécu intime des médecins interrogés.
Les médecins rencontrés nous ont semblé tenir un discours libre et sincère. Ils nous ont également semblé s'être investis dans la réflexion que nous leur proposions de mener ce qui a permis d'aboutir à des résultats riches et variés.
Cependant ce travail n'a été qu'une esquisse, un débrouillage de ce vaste sujet dont les enjeux sont importants. En effet, l'activité de soin touche au cœur même de l'être, toute entreprise de normalisation nécessite une approche prudente et concertée. Une normalisation des pratiques médicales selon des critères inappropriés pourrait aboutir à une dégradation de la santé de la population. Le financement du système de santé est par ailleurs très préoccupant et une réflexion sur l'efficience des pratiques effectives semble alors indispensable.
D'autres angles d'approches de la question de la normalisation des pratiques médicales pourraient être admis pour venir enrichir la réflexion sur ce sujet. Le point de vue des patients sur les normes de pratiques médicales, les tensions éthiques inévitablement induites par toute entreprise de normalisation, le statut des médecins qui résulterait de pratiques de plus en plus standardisées constituent des problématiques dont l'étude serait passionnante. On peut également s'interroger sur l'attrait, pour les jeunes médecins, d'une profession qui aurait de telles caractéristiques.

Le panel de médecins interrogés a été varié. Les profils ont été hétérogènes tant en terme de sexe, d'âge, de lieu d'exercice (rural ou urbain) que de type d'exercice (solitaire ou en groupe). Le risque d'obtenir des représentations ou ressentis liés à un profil particulier de médecin était ainsi réduit.
Cependant, il est envisageable que certaines formes d'activité auraient pu influencer les représentations sur les normes de pratiques. Ainsi des médecins généralistes ayant une activité hospitalière, une pratique d'homéopathie, ou exerçant dans des zones spécifiques,

par exemple à forte densité de personnes précaires, auraient pu apportées des éléments qui n'ont pas été évoqués. La prise en compte du secteur d'activité du médecin voire le non conventionnement aurait pu faire apparaître des conceptions différentes.

Le guide d'entretien a été construit autour de questions essentiellement ouvertes afin de laisser un espace de liberté aux médecins interviewés. Il a été utilisé de façon souple afin d'influencer le moins possible les cheminements de pensée. Lors de la relecture des entretiens, il nous est apparu qu'à certains endroits des relances auraient pu être utiles pour permettre d'approfondir certaines idées ou les rendre plus claires. Nous aurions pu ainsi affiner l'analyse thématique. Par ailleurs, certaines relances faites au cours des entretiens ont pu nous apparaître, a posteriori, inductrices. Elles ont pu influencer les propos de certains médecins.

Les entretiens ont été réalisés auprès de médecins généralistes sélectionnés selon des critères très divers. Nous avons conduit les entretiens jusqu'à l'obtention de la saturation des propos. La saturation (25) est le critère de validation qui désigne le moment lors duquel le chercheur réalise que la recherche de données nouvelles n'occasionnera pas une meilleure compréhension du phénomène dans la population étudiée. La saturation repose en pratique sur la constatation de l'absence «d'unité de signification» nouvelle produite par les discours des interviewés. Cette saturation est considérée comme marqueur d'un savoir riche, adéquat et nuancé.

L'analyse thématique des entretiens pour être valide nécessite une prise de distance avec les propos recueillis.
Pour palier à la subjectivité d'un chercheur unique et pour permettre une focalisation sur les propos tenus sans en altérer le sens nous avons triangulé l'analyse. Deux chercheurs ont séparément réalisé le codage des entretiens et ont identifié les thèmes et sous thèmes porteurs de sens dans le discours des médecins interrogés. Les résultats ainsi obtenus ont fait l'objet d'une discussion et d'une synthèse qui a permis de minimiser les biais d'interprétations pour se situer au plus près de la signification réelle des idées exprimées.

6 CONCLUSION

L'assurance maladie multiplie les mesures incitant les médecins à se conformer à des référentiels de bonne pratique dans le cadre de la politique de maîtrise médicalisée des dépense de santé. Elle consacre ainsi ces référentiels en normes de pratiques médicales.

Nous avons souhaité explorer les représentations et ressentis des médecins généralistes sur les normes de pratiques médicales afin d'apporter un éclairage, provenant du cœur même de la profession, sur les enjeux de cette normalisation grandissante. Ce thème n'ayant jamais fait l'objet de recherche en ces termes, notre travail se voulait exploratoire.

Notre travail nous a permis de mettre en évidence que les médecins généralistes ont le sentiment d'être confrontés à de multiples normes. Ils ont cependant perçu avec plus d'intensité les normes scientifiques présentées sous forme de recommandations de bonne pratique et les normes de l'assurance maladie.

Ce travail nous a également permis de mettre en évidence les caractéristiques que les médecins interrogés prêtent à ces normes.

Cette recherche a par ailleurs permis de montrer que les médecins n'étaient pas opposés au principe de normes de pratiques médicales. Cet apparent assentiment était lié au statut qu'ils leur confèrent. Ils les ont considéré comme des repères indicatifs plutôt que comme des normes auxquelles il faut se conformer de façon mécanique. Ils ont eu le sentiment, en effet, qu'une normalisation stricte n'était pas compatible avec leur profession et ont insisté sur le danger pour la qualité des soins de rendre l'application rigoureuse de ces normes, obligatoires. Ils ont dit que les décisions qui sont prises au cours de chaque consultation nécessitent d'être adaptées à la complexité des situations rencontrées. Elles doivent prendre en compte des éléments propres au patient qui les sollicite, selon une approche globale qui leur est chère. Ils ont dit évalué concrètement les normes auxquelles ils sont confrontés en fonction de la capacité de celles-ci à servir l'intérêt de leurs patients conformément au sentiment de responsabilité qui les lie à leurs patients. Les normes qui leur semblaient appropriées étaient suivies, celles qui leur semblaient inadéquates étaient transgressées. Les normes scientifiques sont mieux acceptés que les normes de l'assurance maladie qui leur

ont semblé orientées essentiellement par des considérations économiques. Les médecins généralistes, même s'ils ont affirmé ressentir une pression provenant de la sécurité sociale, nous ont donné le sentiment de rester serein face à cette entreprise de normalisation. Ils ont eu le sentiment d'être libres de les appliquer ou non, même si certains ont affirmé craindre une normalisation plus stricte, celle-ci leur a paru encore éloignée.

Nous pensons qu'une réévaluation des ressentis et des perceptions des médecins généralistes quant aux normes de pratiques médicales au gré des différentes mesures normatives pourrait être éclairantes sur l'avenir de la profession médicale.

BIBLIOGRAPHIE

1.Caisse nationale d'assurance maladie. Qu'est-ce que le CAPI? www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/le-capi, consulté le 30 mai 2012

2.Contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI): un tournant de l'exercice médical libéral. La revue Prescrire. 2010; 30 (325): 854-865

3.convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, signée le 26 juillet 2011. www.journal-officiel.gouv.fr/frameset.html, consulté le 25 février 2012

4.Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. Rapport 2009

5.Allemand H, Jourdan MF. Sécurité sociale et références médicales opposables. Revue médicale de l'assurance maladie. 2000; 3: 47-53

6.Ogien A. Le système RMO, la maîtrise des dépenses de santé et les paradoxes du contrôle. Revue française des affaires sociales. 2001; 4 (4): 51-57

7.Direction Régionale du Contrôle Médicale-Midi-Pyrénées. Système conventionnel français. www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module1, consulté le 30 mai 2012

8.Vignally P, Gentile S, Bongiovanni I, Sambuc R,Chabot JM. Évaluation des pratiques professionnelles du médecin: historique de la démarche en France. Santé Publique. 2007; 1 (19): 81-86

9.Mahyaoui Y. Portage des réformes par les délégués de l'assurance maladie: mécanisme de surveillance versus mécanisme incitatif au sens moral. Université Amiens Jules Verne, laboratoire CRESAII. 2009

10.Rosenberg W, Donald A. Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving. BMJ. 1995; 310:1122-6

11.Evidence-based Medicine Working Group. Evidence based-medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. JAMA. 1992; 268: 2420-2425

12.Timmermans S, Berg M. The gold standard : the challenge of evidence-based medicine

and standardization in health care. Philadelphia, Pa.: Temple University Press. 2003; p.1-29

13.Haynes RB. What kind is it that evidence-based medicine advocates want health care providers and consumers to pay attention to? BMC health services research. 2002; 2: 3

14.HAS. Méthodes d'élaboration des recommandations de bonnes pratiques. www.has-sante.fr/portail/jmcs_418716, consulté le 30 juin 2012

15.Castel P. Médecine et normes de pratiques: les dimensions oubliées. www.spire.sciences-po.fr, consulté le 3 juillet 2012

16.Kerleau M**.** L'hétérogénéité des pratiques médicales, enjeu des politiques de maîtrise des dépenses de santé. Sciences sociales et santé. 1998; 16 (4): 5-34

17.Collège national des généralistes enseignants (France). Médecine générale. Issy-les-Moulineaux: Elsevier, Masson; 2009

18.Bernstein D, Blotière PO, Bousquet F, Legal R, Silvera L. La variabilité des pratiques en médecine générale: une analyse sur données de l'Assurance Maladie. www.ces-asso.org/docs/articles_JESF2008/renaud.pdf, consulté le 3 juillet 2012

19.Centre Nationale de Ressources Textuelles et Lexicales. www.cntrl.fr/lexicographie/norme, consulté le 25 Mars 2012

20. Livet P. Les normes : analyse de la notion ; études de textes, Wittgenstein, Leibniz, Kelsen, Aristote. Paris: Armand Colin; 2006

21.Mione A. Les enjeux stratégiques de la norme. La Plaine-Saint-Denis: Afnor éd.; 2009

22.Setbon M. La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective? Sociologie du travail. 2000; 42: 51-68

23.Blanchet A, Gotman A. L'entretien. Paris: A. Colin; 2010.

24.Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris: Armand Colin; 2006.

25.Mucchielli A. Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales. Paris: Armand Colin; 2004.

26.Rameix S. Du paternalisme des soignants à l'autonomie des patients? In Louzoun C, Salas D. Justice et psychiatrie: normes, responsabilité, éthique. Toulouse: Erès; 1997, p.65-77

27.Gandillet S. Qualité de l'information dispensée par les visiteurs médicaux aux médecins généralistes: réflexions sur l'intérêt de la visite médicale. Thèse de médecine. Université Nice Sophia Antipolis; 2006

28.Jobin G. La médecine basée sur les données probantes. Quelle place pour l'éthique. In Hervé C, Knoppers B-M, Molinari P-A, Moutel G Ethique médicale, bioéthique et normativités. Paris: Dalloz; 2002, p.197-213

29.Beauchamp TL, Childress JF. Les principes de l'éthique biomédicale. Paris: Belles Lettres; 2008, p.239-320

30.Le Pen C. Les Habits neufs d'Hippocrate : du médecin artisan au médecin ingénieur. S.l.: Calmann-Lévy; 1999

31.Robelet M. Les figures de la qualité des soins: rationalisations et normalisation dans une économie de la qualité. Thèse de doctorat de sociologie. Université Aix-Marseille II; 2002 www.fdv.univ-lyon3.fr/mini_site/ifross/graphos/these/THESE_Robelet.pdf consulté le 15 juillet 2012

32.Dosdat JC. Les normes nouvelles de la décision médicale. Thèse de droit privé. Université des sciences sociales de Poitiers. Bordeaux: Les Etudes hospitaliéres; 2004

33.WONCA EUROPE (La société Européenne de médecine générale-médecine de famille). La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. 2002

34.Berquin A. Les soins de santé entre standardisation et personnalisation: perspectives clinique, économique, éthique et anthropologique. Paris: S. Arslan; 2009, p.107-122

35.Engel G.L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977; 196 (4286): 129-136

36.Freeman J. Towards a definition of holism. The british journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners. 2005; 55 (511): 154-155

37.Sackett DL, Rosenberg W. On the need for evidence-based medicine. Journal Of Public Health Medicine. 2010; 17(3): 330-334

38. Polton D, Aubert JM. Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles, aboutissement ou nouveau départ pour la gestion des soins ? La lettre du collège des économistes de la santé. 2010; 3: 5–7

39. Saint-Lary O, Plu I, Naiditch M. Ethical issues raised by the introduction of payment for performance in France. Journal of Medical Ethics. 2012; 38(8): 485-491

40. Mannion R, Davies HTO. Payment for performance in health care. BMJ. 2008; 336: 306-308

41.Woolhandler S, Ariely D, Himmelstein DU. Why pay for performance may be incompatible with quality improvement? BMJ. 2012; 345: 5015–5015

42. Snyder L, Neubauer RL. Pay-for-performance principles that promote patient-centered care: an ethics manifesto. Ann Intern Med. 2007; 147: 792–4

43. Saint-Lary O, Plu I, Naiditch M. Adhérer ou pas au CAPI: de quel clivage des généralistes le paiement à la performance est-il le révélateur? La Revue Française des Affaires Sociales. 2011; 2-3: 180–209

ANNEXE 1

Entretien n° 1

Identifiant	Sexe	Age	Localisation géographique	Département	Cabinet individuel /groupe	Durée	Particularités
M1	H	45	Semi-rural	91	Groupe	14’29	-

E: Alors, j'aimerais savoir ce que vous évoque l'expression «des normes de pratiques médicales».

M1:hum, bah des normes: des normes voilà (sourire). Euh, bah c'est un terme que j'ai pas beaucoup entendu jusqu'à présent, mais j'imagine que vous voulez parlez des référentiels, ouais, bon...

E: normes, est-ce que vous pouvez m'en donner des synonymes?

M1:euh règles, référentiels, voilà.

E:d'accord, est-ce que vous avez l'impression d'être confronté à des normes dans votre pratique de médecin généraliste?

M1:...ben...oui enfin forcément, on a été formé à la fac et puis après, on a certaines incitations à bien faire selon ce que veut surtout la sécurité sociale.

E:oui.

M1:voilà, et les sociétés savantes et l 'affsaps des choses comme ça...

E:ce sont les seules normes auxquelles vous êtes confronté?

M1:ben sinon on peut aller en trouver ou chercher nous sur...sur le net...euh donc, je suis surtout tombé sur des sites suisses (sourire), voilà, y' a très peu de choses françaises, voilà.

E:d'accord et comment elles sont élaborées ces normes?

M1:ben, c'est, c'est des collèges de personnes ayant autorité voilà sinon euh, il y a certaines normes qui sont faites par des groupes de pairs, des choses comme ça... des FMC-Action qui avaient sorti euh... dans le coin on avait fait un groupe de pairs, on était affilié à FMC-Action et on allait chercher dedans et on allait comparer avec ce qui était sur le site de

FMC-Action.

E:Et comment elles influencent vos pratiques ces normes?

M1:ben oui, oui ça influence oui...

E:ça influence c'est à dire?

M1:ben, on essaye de les suivre par rapport, si c'est clair, si y' a pas trop de phrases, on arrive à retenir quelque chose et on essaye d'appliquer ça.

E:d'accord, et est-ce que vous voyez des freins à l'application de ces normes?

M1: ... ben les normes elles sont valables dans une unité de, de lieu surtout, éventuellement de temps parce que les pratiques peuvent être amenées à évoluer. Les règles de bonne pratique, c'est en fonction de l'écologie locale, de la proximité d'un hôpital, les spécialités de tel hôpital de telle clinique et des choses comme ça... et puis du patient qu'on a en face de soi, voilà donc il faut une adaptation des règles et des normes en fonction de qui on a affaire et puis de l'environnement et de ce qu'on dispose comme outils à proximité...

E:d'accord, et pourquoi il existe des normes en médecine?

M1:euh, je pense que parce que on a trouvé que, en faisant des études, statistiquement, valait mieux faire ci que ça, que y' a un bénéfice pour le patient, sûrement aussi un bénéfice en coût pour les organismes de tutelle, tout le monde s'y retrouvait mieux si on agissait de telle façon plutôt qu'une autre.

E:alors euh vous me disiez qu'il y a sûrement un bénéfice pour les patients mais vous me disiez aussi euh qu'elles sont valables que dans des conditions particulières?

M1:euh, oui parfois on les suit pas. Oui ben parce que des fois on n'a pas accès en temps réel au texte de la norme parce qu'on se souvient vaguement de quelque chose, qu'il y avait un sujet sur lequel on avait traité, mais le référentiel on l'a pas forcément en tête. Bah, si c'est un sujet qu'on n' a pas, auquel on n'a pas été confronté depuis plus de deux mois on peut avoir oublié, perdu de vue certaines règles. Euh, si on les retrouve pas dans les 15 secondes, on fait avec ce qui nous reste dans le cerveau...

E:d'accord , d'accord, est-ce que vous ressentez une incitation à suivre ces normes?

M1:ah oui, bah y a les normes du CAPI de la sécurité sociale, c'est une incitation financière, sanction ou une incitation financière.

E:oui, et vous en pensez quoi?

M1: hum c'est essentiellement statistique et c'est, dans le but de dépenser moins pour la sécu quoi, voilà.

E: d'accord et qu'on vous force un peu à suivre des normes ça vous dérange?

M1: euh non, non, euh... non à priori ça me dérange pas mais reste à savoir dans quelles limites, et là tant que c'est que statistique et qu'on a une certaine échappatoire ouais, ouais mais si c'est des normes qui doivent s'appliquer à 100% à tout ce qu'on doit, tout ce qu'on est censé rencontrer, non ça sera pas applicable voilà...

E:ça vous semble pas applicable.

M1: euh si, le CAPI quelque chose dans ce style là me paraît applicable mais à 100% non, ça me paraît pas applicable.

E: à 100% c'est à dire?

M1:c'est à dire euh qu'on peut ne pas respecter la norme pour une partie de nos patients.

E:ok

M1:mais faut que les normes soient intelligentes c'est-à-dire adaptées à l'exercice, aux situations qu'on peut rencontrer dans notre cabinet, voilà.

E:ok et les normes qui ont été élaborées par le CAPI ça vous semblait des normes intelligentes?

M1: bof ...

E:ça vous semblait bien fait?

M1:non, c'est essentiellement des normes comptables donc scientifiquement parlant ça a pas trop d'intérêt, voilà … ça a pas d'intérêt dans la discussion actuelle, ça a pas d'intérêt scientifique, surtout comptable.

Coupure de l'entretien par un appel au cabinet.

E:alors, et qu'est-ce que vous pensez d'une pratique de la médecine qui est basée sur un suivi de normes?

M1: oui, oui ça me paraît , ouais...mais tout ne peut pas rentrer dans des normes, la

palpation d'un abdomen, une auscultation une impression générale ne peut être faite que par le médecin, qui en plus si il a l'habitude du patient c'est encore mieux. Donc, oui y a des normes pour pas faire de grosses bêtises entre guillemets mais des normes remplaceront jamais l'impression qu'on peut avoir et puis des fois, on fait des examens ça se révèle positif sur quelque chose alors que pourquoi précisément a-t-on prescrit cet examen, y avait pas tellement d'arguments qui peuvent se développer sur du papier pour dire oui y avait ci y avait ça, donc...

coupure de l'entretien par un appel au cabinet.

E:une petite chose sur laquelle je voulais revenir, au début de l'entretien vous m'avez dit que la notion de normes c'est quelque chose que vous entendiez pas souvent?
M1:oui...
E:tout ce dont on vient de parler ne correspond pas vraiment à des normes pour vous?
M1:ouais..., en fait si on n'est pas dans la norme, on est anormal? (sourire) le terme norme ce qu' y a derrière c'est normatif, c'est une terminologie que je ne goûte pas tellement...
E:d'accord donc vous n' adhérez pas à cette terminologie, derrière il y une connotation qui vous plaît pas.
M1:oui tout dépend, si on sort de la norme qu'est-ce qui nous arrive, voilà. Non, je suis tout à fait pour qu'il y ait des normes, des règles quoi, mais qu'on sache qui les a édictées, dans quel but, qu'on le sache tout le temps et qu'on sache qu'est-ce qui arrive quand on ne respecte pas la norme.

Coupure de l'entretien par un appel au cabinet

E:très bien, on a abordé les thèmes que je souhaitais aborder, est-ce que vous avez des réflexions dont vous voudriez me faire part?
M1:euh sur les normes?
E:oui

M1:mais moi je suis entrain de bosser sur des normes (sourire) comme vous dites,sur des..., je pense qu'il faut créer un site qui soit facilement accessible et dans lequel on puisse tapoter quelques mots clés et dans lequel on puisse avoir les différents référentiels et les décisions normés qui se rapportent à la situation .

E:ok et ces décisions normées ce sont des normes?

M1: non mais ce que je veux dire, c'est ces normes c'est qui...? Non, parce que bientôt c'est qui qui va créer des normes, ce sont les assurances privées des choses comme ça, et il faut savoir dans...qui édite les normes et dans quel but voilà hum et donc j'ai déjà pu voir, en comparant certaines règles sur l'antibiothérapie, par exemple, en Belgique, en Suisse, en France, au Canada, on retient pas les mêmes critères, déjà rien que dans les pays francophones alors si on commence à voir ce qui se fait dans d'autres pays. Voilà, je pense que pour chaque norme, d'autant plus si elle est obligatoire faut savoir qui l'a écrit et dans quel but voilà.

E:vous craignez que ces normes soient obligatoires?

M1:elles ne doivent surtout pas devenir obligatoires, comme je disais ça doit être pour éviter qu'on fasse de grosses bêtises mais on doit pouvoir les adapter au patient qu'on a en face et à la situation voilà...

Entretien n° 2

Identifiant	Sexe	Age	Localisation géographique	Département	Cabinet individuel /groupe	Durée	Particularités
M2	F	53	Urbain	95	Groupe	25’20	-

E:j'aimerais d'abord savoir ce que signifie le mot «normes» pour vous?

M2:une certaine latitude autour d'un point je dirais.

E:et l'expression «des normes de pratiques médicales»?

M2:quand même un peu la même chose avec euh... au niveau conduites à tenir, comportementale, c'est beaucoup plus large et flou éventuellement comme euh... sauf si on s'attache à la thérapeutique, à la sémiologie ou aux examens complémentaires mais sinon

on peut s'éloigner un peu plus de la norme, l'écart type doit être peut-être un peu plus large.

E:vous me dites «si on s'attache à la thérapeutique, aux examens complémentaires»?

M2:là forcément, on commence à être assez référencé, on commence à ne pas pouvoir avoir beaucoup de latitude et effectivement devoir connaître et maîtriser les références de l'AFSSAPS, et les normes qui voudraient être imposées par la sécurité sociale ou euh... c'est les papiers de l'AFSSAPS qui ont été assez critiqués par la revue Prescrire par exemple comme étant éventuellement euh... pouvant être partiale.

E:donc vous êtes confrontée à des normes dans votre métier.

M2:oui, il y a des normes qui voudraient guider de façon assez rigide... actuellement, à notre époque un peu plus. On n'a plus beaucoup de, euh le droit, euh ça m'inquiète assez d'ailleurs(sourire), de, de pratiquer un art, c'est plus un art la médecine hein. Maintenant il va falloir que ce soit, euh rien que les règles de la dernière convention en médecine générale, ça risque de pas être très confortable alors peut être que les jeunes générations seront plus à même de se fondre dans le moule mais il va peut-être y avoir de la casse dans nos rangs. Nous, on n'a pas l'habitude de pratiquer une médecine rigide.

E:et est-ce que vous avez des exemples de normes qui s'appliquent à votre pratique quotidienne?

M2:euh, oui, quand je dois prescrire absolument un nombre défini d'examens, par exemple d'hémoglobine glyquée ou de fonds d’œil chez mes diabétiques alors qu'éventuellement ils s'en vont 6 mois en Afrique du nord et ils reviennent ici. Je vais pas les envoyer chez l' ophtalmo à chaque fois qu'ils viennent ici pour passer deux semaines, euh ça paraît effectivement euh... et sur un fond d’œil normal? ou un examen cardiaque tous les ans alors qu'on a effectivement des diabétiques chez qui ça ne se justifie pas. D'ailleurs ça commence à s'assouplir parce que maintenant on a dit un fond d’œil tous les deux ans... même l'hémoglobine glyquée tous les 3 ou 4 mois chez ces gens-là c'est difficilement...enfin je peux toujours les prescrire mais c'est pas fait quoi, c'est difficile à observer, c'est assez rapproché quand même.

E:mais vous les prescrivez ces dosages?

M2:non pas toujours, parce que c'est pas la peine de faire des ordonnances qui ne seront

pas suivies, parce que je peux le faire mais de façon pas très rigoureuse parce que effectivement on se sera entendu le patient et moi à faire ce qu'on a à faire, ce qu'on juge utile de faire, qui n'est pas toujours dans le cadre des fois.

E:et donc ces normes elles influencent tout de même votre façon de pratiquer?

M2:oui bien sûr, il faut qu'on s'oblige à les respecter puisqu'elles sont quand même pondues pour le bien de la santé des patients. Une partie du moins qu'il faut respecter, le tout est de jongler et d'exercer quand même son esprit critique sans pour cela sortir d'une conduite scientifique quand même, donc basée sur des preuves, donc il faut aller chercher des preuves et puis il faut euh les accepter et il faut ensuite faire l'effort ou pas, au moins partiel, sûrement perfectible de, de faire son travail correctement ce qui est pas toujours le cas.

E:observer les normes c'est faire son travail correctement?

M2:on peut pas faire n'importe quoi, il faut bien se baser euh sur quelque chose pour soigner les gens et les preuves scientifiques nous permettent de distinguer entre ce qui est efficace et ce qui ne l'est pas, encore faut-il qu'il n'y ait pas d'erreurs.

E:vous m'avez dit qu'il faut accepter les preuves scientifiques?

M2:parce que on peut avoir dans son for intérieur, des impressions ou des intuitions qui sont contradictoires avec ça ou parce que échaudé par euh... regardez ce qui est sorti sur le dépistage du cancer du sein, j'ai pas relu en détail ce qui était sorti en détail mais la validité et l'efficacité du dépistage systématique a été remis en question. On, euh personnellement, je dis «on» parce que on travaille à deux, je pousse jamais mes patientes à faire leurs mammographies, je ne pousse pas les femmes de la famille pour parler sur un plan personnel à aller faire des mammographies et donc cette histoire actuelle, dans mon opinion qui était mauvaise sur le dépistage et sur d'autres points euh...on peut aussi perdre confiance dans la science au jour d'aujourd'hui et je vous parle pas de la thérapeutique étant donné que les erreurs peuvent être grossières et on peut en continuant à pratiquer une médecine comme la mienne qui n'est pas tout à fait dans le moule de ce qu'on voudrait qu'elle soit, c'est-à-dire qu'elle est un peu trop individualisée, en essayant de garder quand même un esprit de santé collective mais enfin je suis là à soigner des personnes une par une

quand même. Et bien, je pense que, en tout cas on perd un peu confiance dans le, euh dans ce qui est décrit comme le juste.

E:les normes ont une visée de santé collective?

M2:je pense en fait que, et bien heureusement, il y a des gens qui réfléchissent et qui pondent des règles de pratiques qu'il faut observer mais ces règles sont établies sur une vision statistique et impersonnelle des gens qu'on soigne mais on doit se servir de ça quand même puisqu'on doit quand même soigner une population, soigner des gens, mais on doit quand même réussir à faire ce travail d'adaptation à l'individu qui est devant nous et ce qui est pas toujours facile; et si on veut faire court ce qui est pas toujours un but mais c'est en tout cas quand même une obligation de prendre une décision pas trop lentement, et bien c'est pas toujours facile, donc voilà quoi. Déjà, nous, on s'efforce d'être indépendant de l'industrie thérapeutique, de pas avoir cette pression-là, du moins on essaye de l'avoir le moins possible, on peut plus non plus au jour d'aujourd'hui se croire indépendant des caisses de sécurité sociale...dans les normes il y a aussi les règles administratives qui sont un peu différentes de l'idée de normes quand même mais qui sont aussi importantes. Par exemple les règles, je sais pas si c'est parce qu'on vieillit, mais j'en suis pas sûre, les règles de la médecine du travail dans le droit du travail, et notre rôle en tant que médecin dans ce domaine, et bien on les connaît plus les règles, et personnes les connaît , nos patients les connaissent pas et ce matin j'ai vu une femme qui travaille à l'hosto qui était en accident du travail avec un accident qui date d'octobre et qui s'est décidée à reprendre , bon c'était une fracture au bout du pied, pas très grave ...bref, on pensait, elle et moi, la dernière fois qu'on s'est vues qu'on essaierait une reprise demain, se voyant aujourd'hui; et elle m'a annoncé il y a une semaine au téléphone qu'il fallait qu'elle passe devant une commission de réforme obligatoire avant de reprendre et qu'elle avait pas été prévenue par son DRH donc il a fallu que je la prolonge jusque fin mai , alors que son état était compatible avec une reprise donc il y a beaucoup de facteurs qui entrent en jeu dans la façon dont on prend en charge nos patients.

E:vous voyez des freins à l'application de normes de pratiques en médecine générale?

M2:(silence). C'est une question de relation, on n'impose pas aux patients des absolus, on

doit voir ensemble ce qu'il est utile de faire et ce qu'il est possible de faire.

E:et les normes de pratiques vous pensez que c'est utile ou nécessaire à votre pratique?

M2:oui, oui elles me semblent indispensables. Histoire de nous rappeler quelle est la bonne façon de prendre en charge, mais on peut pas les appliquer sans adaptation.

E:et est-ce que vous avez le sentiment d'une incitation à suivre des normes de pratiques?

M2:si vous parlez des normes qui sont éditées ou édifiées par le système de santé, bien sûr qu'on est largement encouragé, par exemple reprenons les tests de dépistage rapide dans l'angin: bon, on a décidé y a quelques années que 80% des angines étaient virales, 20% étaient euh, l'étaient pas, je crois que les chiffres étaient à peu près comme ça, en tout cas c'est ce que j'ai retenu. On fait un test de dépistage pour le streptocoque, euh et donc on sait, vous et moi, qu'il y a donc des angines qui sont ni virales ni streptococciques mais on s'assoit dessus, on en parle pas et la norme voudrait, mais y' a toujours beaucoup de résistance dans les métiers de médecine libérale hein, la norme voudrait que l'on face des «TDR» à tous les sujets qui arrivent ici avec une angine, bien qu'on ait un peu d'arbre décisionnel en fonction du tableau pour le faire ou pas le faire et qu'on garde une latitude ce qui est bien normal et on est quand même pas dans un système coercitif qui fait qu'effectivement je suis obligée de faire ce test, si je veux pas le faire je le fais pas, c'est pas vraiment une norme que de le faire mais ça voudrait l'être, normalement il faudrait faire ce test.

E:derrière le terme norme vous mettez une notion d'obligation?

M2:euh oui. Enfin la norme c'est ce qui devrait être suivi dans l'absolu mais qu'on peut pas toujours faire...

E: euh alors tout à l'heure vous me parliez de la nouvelle convention qui veut imposer des normes dans les pratiques médicales.

M2:oui.

E:Comment élabore-t-elle ces normes?

M2:alors on peut parler de, en fait ils voudraient une prise en charge idéale des patients. Par exemple l'accès aux handicapés, si vous avez vu j'ai un perron avec quelques marches et j'ai pas de rampe pour l'accès des handicapés. En fait on est dans le périmètre d'une très

belle église en alu... assez moche, enfin vous la regarderez en sortant vous direz si elle vous plaît et qui, peut-être, peut nous protéger d'une application de l'accès handicapés, parce que je peux pas mettre d'ascenseur de toute façon. Sinon il y a l'informatisation du cabinet, alors ici comme vous voyez on est ouvert aux quatre vents et je veux pas travailler avec des barreaux aux fenêtres, et mon collègue dentiste en face s'est fait tiré son matériel info 3 ou 4 fois alors qu'il est pas mal barricadé. En fait j'ai pas envie de me barricader pour avoir un ordinateur, donc on s'est pris pas mal de fois la tête à savoir comment est-ce qu'on peut faire, est-ce qu'on prend un portable? Et puis les années aidant, la fatigue aidant, on télé-transmet, c'est une obligation depuis déjà pas mal d'années pour le généraliste et on nous a pas demandé notre avis, pour l'informatisation il ont tout fait pour obliger de plus en plus; on a télé-transmis, on a 53ans tous les deux, et on a télé-transmis seulement depuis l'année dernière notre comptabilité d'exercice. Ça, ça va devenir une norme euh, on n'a pas le choix, et donc voilà je me dis est-ce que je vais réussir à travailler jusqu'à 65 ans et a resté enfin à peu près dans ce qui doit être, dans la norme quoi, je suis pas sûre.

E:pourquoi l'assurance maladie, selon vous, essaie d'imposer des normes?

M2:ben si vous avez lu dans le quotidien, enfin je le lis pas très souvent mais si vous avez lu le titre, «augmentation du temps de la consultation»; enfin on est assez performant quand même, enfin on soigne plutôt deux à quatre motifs par consultation; la sécurité sociale produit des normes parce que c'est une étude de...parce que on est tous dans le calcul aujourd'hui, le règlement, l'efficacité, la conduite euh réfléchie, adaptée et euh à partir du moment où on trouve la bonne manière de faire les choses, il faut qu'on la suive, qu'on l'applique tous, voilà.

E:Que pensez-vous d'une pratique de la médecine générale basée sur un suivi de normes?

M2:Dans l'absolu c'est bien soigner les gens, c'est ce qu'on doit faire et c'est vrai que ça améliore la santé des gens donc c'est bien, mais en pratique effectivement je peux pas le faire. J'ai pris l'habitude de discuter avec les gens et si on veut continuer à faire de la médecine libérale... ou alors à ce moment, ils ont qu'a faire de la médecine salariée, moi je veux bien faire de la médecine salariée ça m'empêchera pas d'avoir un contact humain avec les gens, si on veut nous transformer en ordinateur pour soigner les gens je pense que c'est

possible, on perdra euh, après il faudra, qu'ils fassent les calculs pour voir si on soigne mieux les gens comme ça.

E:vous dites donc que c'est possible de pratiquer la médecine de cette façon, mais est-ce que ça vous convient?

M2:intellectuellement oui, mais de façon pratique, en pratique quotidienne, je serais incapable de faire ça.

E:donc vous ne pourriez pas agir ainsi mais cette idée vous convient.

M2:..euh non,quand même je suis en accord avec moi même, je ne le ferais pas parce que je ne conçois pas les rapports humains ainsi, j'ai des patients en face et je prend en compte leur situation, leur vision des choses, je ne leur impose pas une façon de faire parce que la norme le dit. Mais je pense qu'il y a toujours dans une société démocratique comme la nôtre, une certaine latitude à appliquer la norme, euh qui est quand même comprise comme ça par pas de mal de politiques aussi.

E:alors vous me disiez que ces normes de pratiques médicales permettent de bien soigner les gens et en même temps que vous ne pourriez pas pratiquer en suivant des normes...

M2:c'est en fait pour bien expliquer comment sont pondues ces normes, qui les a pondue, en fait il y en a des bonnes et des mauvaises, comme toute loi comme toute décision il y a des erreurs, il y a des fautes qui sont de différents ressorts quoi, donc voilà c'est pour ça que ça donne une vision, une vue assez complexe, je pense que je suis apte et d'accord pour appliquer certaines normes et d'autres pas... en plus il y a quand même une certaine élévation, une certaine fronde, une certaine opposition à cette convention, il faudrait que je reparte sur des éléments précis pour rediscuter de ça mais c'est vrai qu'il y a certainement un essai de cadrer de façon très serrée des pratiques, bon comme je vous dis au quotidien on sait bien que ça va pas marcher au poil et que ça va mettre du temps, je suis pas très très inquiète de toute façon, je pense pas qu'on puisse imposer des normes comme ça, peut-être il faudrait se mobiliser plus pour effectivement euh. Tiens ce qui m'a fait marrer, les syndicats qui ont signé la convention sont rentrés dans le président du conseil de l'ordre qui à juste titre avait mis le doigt sur des points non éthiques dans cette convention et qu'il avait bien fait de parler. Bref y avait eu une prise de becs et on avait essayé... de la même

façon certains hommes politiques qui ont dit que en tant que président du conseil de l'ordre il avait un devoir de réserve; bien sûr que non, il est médecin, président du conseil de l'ordre, et bien je considère qu'il doit œuvrer pour que les médecins ne soient pas écrasés et gardent la tête hors de l'eau.

E:pour finir est-que vous avez des réflexions sur cette idée de normes de pratiques médicales?

M2:ben on pourrait parler des heures, en prenant des exemples précis c'est pas vraiment la notion de normes qui est gênante mais il faudrait discuter chaque norme. On pourrait parler de philo aussi aussi mais... non c'est... c'est une notion intéressante à aborder mais c'est une notion assez complexe, donc c'est une notion qu'il faut sûrement détailler de façon très pointue au cas par cas.

Entretien n° 3

Identifiant	Sexe	Age	Localisation géographique	Département	Cabinet individuel /groupe	Durée	Particularités
M3	H	63	Urbain	93	Groupe	20’47	-

E:d' abord j'aimerais savoir ce que vous évoque la notion de «normes»?

M3:alors là, j'avoue que je ne vois absolument pas(rires).

E:ça ne vous évoque rien?

M3:euh non, (air pensif) «normes» en matière de médecine générale?(silence) Non je vois pas, je suis désolé?

E:d'accord et si je parle de «normes de pratiques médicales»?

M3:oui oui oui, disons que cela me fait penser au fait de savoir si la pratique que j'ai s'appuie sur des normes, des règles qui ont été définies pour la profession et, si c'est le cas, est-ce que je me tiens bien au courant éventuellement et est-ce que j'ai bien réfléchi sur ces normes et si euh... quelle est mon attitude vis à vis de ces normes?

E:d'accord, quelles sont ces normes qui ont été définies pour la profession?

M3:Ce sont les études, les travaux de mes propres pairs et qui comptent pour que je puisse définir mes propres pratiques bien sûr. Il est clair que nous faisons un métier qui s'appuie sur des sciences, sur des bases scientifiques et ces bases scientifiques, on ne peut pas bien entendu les rejeter, hein.

E:donc vous êtes confronté à des normes de pratiques médicales dans votre exercice?

M3:oh oui, bien sûr, bien sûr. Je fais un métier pour lequel l'expérience a un intérêt oui mais ça n'est pas tout et il est évident qu'on a besoin de travaux pour nous dire ce qui est efficace ou pas.

E: et ces normes que vous définissez comme des règles issues de la science, comment elles influencent votre pratique de médecine générale?

M3:ben j'essaye de euh de lire, j'essaye de me renseigner et voilà et c'est ça, c'est d'abord par la lecture de revues médicales.

E:d'accord ça c'est la façon dont vous vous tenez au courant de ces normes mais de façon pratique comment vous les intégrez dans votre travail?

M3:euh, oh, ben ça c'est un petit peu compliqué à dire, ça c'est ma pratique et mon expérience d'un coté qui s'appuient sur la science et inversement. Disons que mes lectures ne sont pas complètement éthérées quoi, elles sortent pas de rien, elles s'appuient sur ma pratique personnelle aussi, je sais pas moi si j'ai vu un cas un peu compliqué d'hyperthyroïdie, et ben dans mes revues j'essaierai de retrouver des articles là-dessus, soit si je retombe sur, je ne sais pas moi, mon Concours Médical ou la revue Prescrire où j'ai un article sur l'hyperthyroïdie et bien je vais le lire avec d'autant plus de précaution et d'attention que si je n'avais pas eu de cas vous voyez donc mes différents cas et ma façon de travailler appellent des questions, appellent des questionnements, appellent des informations que je pourrais retirer d'un autre coté quand je pourrais un petit peu lire quoi. Vous voyez c'est un va et vient incessant entre les deux hein, entre les cas que je rencontre et ce qui est présenté dans la littérature.

E:donc vous recherchez dans la littérature des informations en fonction des cas que vous rencontrez et ensuite vous les appliquez de façon mécanique?

M3:ben non ça c'est pas possible, chacun est particulier donc il faut qu'on adapte son

attitude vis à vis de chaque cas particulier bien sûr hein.

E:vous pouvez m'expliquer ces adaptations.

M3:(silence). Ben certains patients vont présenter euh des contre-indications à des traitements par exemple et je vais devoir donner autre chose, ou leur cas sera un peu atypique et je devrais adapter en fonction de mes réflexions, de mon jugement, voilà.

E:donc si je comprend bien vous considérez comme des normes à suivre ce qui est issu des études scientifiques que vous retrouvez dans la littérature médicale mais vous l'adapter en fonction de la particularité de vos patients.

M13:c'est exactement ça, vous m'avez bien compris.

E:est-ce que vous avez l'impression qu'il y a des freins à l'application de normes de pratiques en médecine générale?

M3:(silence) je ne pense pas trop; si, les normes, c'est bien entendu euh... oui, il y en a quand on travaille beaucoup beaucoup, il est évident qu'on peut pas avoir le temps d'avoir un esprit serein et avoir le temps de se former et ça c'est vraiment la première des choses, c'est vraiment la première des choses; quand on voit trop de monde, quand je vous demande de vous dépêcher parce que j'ai un emploi du temps qui est bien bien chargé, bien, il est clair que quand je vais rentrer chez moi le soir, j'ai pas envie de me précipiter sur une revue pour la dévorer, pour ça il faudrait avoir l'esprit clair hein. Quelques fois on rentre, on est trop fatigué et je crois que ce genre de choses est importante. Il faut trouver le juste équilibre entre le travail, le repos et le fait d'apprendre quoi, d'entretenir sa culture médicale, et il faut que l'un ne bouffe pas trop le champ de l'autre, ça c'est sûr, plus je travaille, plus y'a du monde, plus j'ai de patients et moins j'ai de temps de me former, je suis un être humain, je suis pas une machine, je suis pas non plus un surhomme, et je sais bien que j'ai besoin aussi de temps de repos, que j'ai besoin aussi de faire autre chose que de la médecine pour pouvoir un petit peu pouvoir me régénérer quoi.

E:pourquoi ce besoin de normes pour encadrer la pratique médicale?

M3:il existe des normes parce que le médecin de tout temps, il a travaillé seul depuis qu'il a terminé ses études, donc il se rabougrit un petit peu sur ce qu'il connaissait et il a pas eu le temps, pris par ce qu'on a dit, pris par son travail, ben d'être ouvert toujours sur le monde

médical et je pense que on a trop tendance surtout maintenant de se baser sur son expérience pour se dire que c'est la bonne chose voilà, alors que l'expérience ça suffit pas.

E:les normes nous disent donc ce qu'il est bien de faire?

M3:et oui, et voilà, mais la bonne chose ce n'est quand même pas la bible, ce n'est pas quelque chose qui tombe et qu'il faut absolument respecter hein, chaque chose doit être méditée, approuvée ou pas et puis être un petit peu rabâchée, rediscutée et je crois même qu'il y a un certain nombre de normes qui ont été retirées en catastrophe parce que pas tout à fait adaptées ou parce que de nouvelles informations sont arrivées, donc il faut savoir que la connaissance que l'on a c'est la connaissance d'une époque et que ce n'est pas la connaissance absolue et qui ne vaut pas pour la nuit des temps hein.

E:d'accord. Est-ce que vous avez des exemples de normes qui s'appliquent à votre pratique?

M3:oui ben y' a les recommandations de l'AFSSAPS et de l'HAS qui permettent de cadrer les choses oui.

E:oui et comment ils fondent ces normes?

M3:et bien, sur la littérature médicale avec euh, oui c'est fondé sur la littérature c'est-à-dire qu'un certain nombre de médecins compétents dans leur domaine définissent des normes en fonction de ce qui se fait ailleurs en fonction de ce qui a été publié et puis il y a des normes qui sont plus moins solides en fonction des preuves qui ont été apportées.

E:vous faites une différence en fonction du niveau de preuve?

M3:(silence). Plus ou moins, c'est vrai que globalement je respecte les recommandations, mais peut-être que si la force scientifique sur laquelle elles reposent est moindre j'aurais moins de scrupules à m'en écarter.

E:vous avez des scrupules à vous écarter des recommandations?

M3:en fait, il faut quand même essayer de s'en rapprocher le plus possible, comme je disais on ne peut pas s'appuyer uniquement sur notre expérience de nos jours, les études scientifiques nous permettent d'évaluer l'efficacité des traitements et des différents examens et il est essentiel de s'appuyer là-dessus mais il faut s'en écarter de temps en temps...mais cet écart est réfléchi et justifié, on est quand même individuellement responsable de nos patients et on est à même de savoir nous adapter à leur situation.

E:est-ce que vous avez l'impression qu'il y a une incitation à appliquer des normes de pratiques en médecine?

M3:oui parce que je pense que à partir du moment ou on essaie de bien faire son métier, je pense que ça peut être euh... générateur d'économie pour le système de santé. Je crois que c'est surtout ça hein... et puis aussi économie de la santé des gens, si on connaît pas bien les données actuelles et bien il est possible qu'on puisse ne pas bien soigner son patient.

E:d'accord mais sinon il y a des mesures particulières qui vous incitent à suivre ces normes?

M3:ben oui, c'est le désir de la sécurité sociale. La sécurité sociale est là pour nous rappeler que je prescris trop de choses comme ci et trop de choses comme ça et que les choses que... que la littérature médicale me fait penser qu'il faut pas que j'en prescrive autant. Mais bon ceci-dit elle a pas toujours tort hein, mais je pense que le problème c'est qu'elle est juge et parti dans la question, j'aimerais bien qu'il y ait une instance qui soit un petit peu objective et débarrassée du paiement et qui puisse un petit peu dire s'il y a des travers et où ils sont et qu'ils le disent d'une manière euh générale, parce que des travers il y en a, bien entendu, dès qu'il y a une activité humaine hein.

E:de manière générale?

M3:oui pour l'ensemble de la profession et pas de façon individualisée, on a l'impression d'être un petit peu sous surveillance hein, nos prescriptions sont disséquées au scalpel (rires).

E:et que vise la sécu quand elle veut imposer ces normes?

M3:je pense que son premier argument qui est un argument qui n'est pas injuste c'est que les gens soient bien soignés... mais je ne pense pas qu'elle fasse ça pour que les gens soient bien soignés, je pense qu'elle fait ça parce que elle veut faire des économies d'argent.

E:oui, en fait elle affiche que cette incitation à bien suivre les normes c'est pour la qualité des soins mais vous pensez qu'il y a une histoire d'argent là-dessous.

M3:oh oui, mais c'est aussi à son honneur de faire attention à l'argent qu'on lui donne euh, à l'argent qu'elle dépense, ben oui c'est tout à fait normal que l'argent qu'on lui donne... elle est censée... on lui donne la lourde tâche quand même de bien gérer hein, donc c'est normal

qu'elle fasse attention à ce que coûtent les soins.

E:et alors les normes que la sécurité sociale incite à suivre elles sont élaborées comment?

M3: oh ben c'est les mêmes que ce dont on parlait tout à l'heure, hein, on s'appuie sur la HAS. Alors peut-être il y a des petits trucs dans leur comité d'administration pour savoir sur quel point il faut un petit peu plus insister, par exemple si on parle des bons d'ambulance, bon ben il est clair que, enfin je n'imagine enfin je ne pense pas que l' HAS a édictée des mesures sur la façon qu'on a de transporter les gens hein, ça c'est de l'administratif.

E:et comment les normes de la sécu influencent vos pratiques?

M3:je les suis oui quand je pense que c'est pour le bien du patient...

E:oui, d'accord euh et qu'est ce que vous pensez d'une pratique médicale basée sur une observation des normes?

M3:de manière stricte ça serait pas bien, puisqu'il faut que chaque personne puisse donner un petit peu de son originalité, de sa personne, de sa façon de travailler, de sa curiosité. Si on applique que ça, on devient des moules, on est fermé comme des moules, c'est à dire que on n'est plus tant d'êtres humains, on ne devient qu'un seul qui ne s'adapte à rien, ce n'est pas le but. Le but c'est de se rapprocher de ces normes, soit dit en passant que ces normes sont faites aussi pour euh euh être dépassées hein.

E:c'est pas humain de prati...

M3:oui c'est pas humain et aussi les normes c'est quelque chose qui concerne le plus grand nombre de la population, ça concerne pas 100% des gens, on sait bien qu'on a des normes en matière chimique, en matière de prise de sang, en matière de taille qui sont différentes les unes des autres, en matière de norme ou normal la taille ça concerne quoi 90-95% des gens, on voit bien qu'il y a des cas qui peuvent être un petit peu particuliers, il est évident on le sait bien, quand on palpe le ventre d'un enfant, on sait très bien que ce ventre va nous donner des informations qui seront toutes différentes les unes des autres, à nous de faire un peu la part des choses et de dire que cet enfant tout compte fait je considère que c'est ça ou je le fais hospitaliser, hein.

E:donc si je vous suis bien les normes édictées par la science sont applicables à une grande

partie de la population mais pas à tout le monde.

M3:c'est une référence, une référence on l'applique pas à 100% on s'appuie dessus, je crois que c'est surtout ça qu'il faut se dire.

E:mais alors est-ce que le terme de «normes» s'applique bien à ces références?

M3:je pense que oui, il faut que nos pratiques se basent le plus possible sur ce qui est prouvé comme efficace ou même simplement réfléchi comme tel par les experts mais il est évident que la variabilité des êtres humains ne permet pas de les appliquer de façon automatique, voilà.

E:maintenant je voudrais parler d'une chose dont vous n'avez pas parlé mais j'aimerais avoir votre avis dessus, c'est le CAPI repris par la nouvelle convention.

M3:oui, il y a un lien avec des normes de pratiques, bien sûr, à la limite on peut dire euh euh(silence), on peut dire que c'est surtout quelque chose qu'il ne faut pas suivre, un exemple qu'il ne faut pas suivre, hein; bon je ne me suis pas penché très très fort sur la question, quelque chose a été pondu par la sécurité sociale, elle a émis elle-même des règles, des trucs alors que ce n'est pas de sa prérogative hein et elle demande à ce que les gens le suivent, voilà bon et ben je ne me suis pas du tout senti concerné par ça et je ne fais pas parti des CAPI.

E:donc vous pensez que pour les normes du CAPI, elle ne s'est pas appuyée sur les diverses recommandations?

M3:je pense que son objectif dans cette mesure c'est clairement de réaliser des économies et je ne crois pas qu'elle ait vraiment pris en compte de façon poussée euh des considérations médicales.

E:et l'idée d"être payé pour suivre des normes vous en pensez quoi? Parce que c'est un peu ce que fait le CAPI non?

M3:oui, oui, disons que c'est un danger, dans la mesure ou qui édicte les règles et comment va-t-on faire respecter ces règles hein, il est clair que euh et comment dire il y a des patients qui sont difficiles à suivre euh. Je suis dans le 93, un patient noir africain qui parle à peine le français qui est diabétique, est-ce que je vais pouvoir appliquer ces normes de la même façon que chez un monsieur qui est professeur en Auvergne et qui a la même

pathologie, c'est pas la même chose. Comment la sécu va faire la différence entre les règles que j'applique moi et les règles qu'appliquent le médecin auvergnat, et donc comment va-t-elle me payer pour l'effort que je vais donner pour mon patient immigré qui parle pas le français, donc voilà c'est ça. De même que moi, j'ai une clientèle qui est jeune, et bien, c'est sûr que j'aurais moins de listes de médicaments longues que n'a le médecin qui est plutôt dans un quartier de vieillard, donc il y a plein de choses qui interviennent. Est-ce qu'ils le prennent en compte, je ne suis pas sûr. Bon le CAPI c'est l'exemple qu'il ne faut pas suivre, bon qu'on puisse s'appuyer sur des normes pour savoir ce qui est le mieux pour un patient diabétiqu: oui, mais il faut que la sécu... enfin c'est pas à elle de le dire: «bon ben je vais vous dire comment il faut faire et puis je vais faire passer des coups de téléphones par mes collaborateurs pour vous aider», ben non, si j'ai besoin, qu'on me demande comment on peut m'aider, c'est plutôt ça.

E:très bien je vous ai posé toutes les questions que je souhaitais vous poser, est-ce que vous avez d'autres réflexions sur cette idée de normes de pratiques médicales dont vous voudriez me faire part?

M3:ben je pense que ça va s'étendre hein, oui je pense que euh, et puis c'est une bonne chose d'ailleurs, on voit bien depuis des années et des siècles que la science prend une part de plus en plus importante et puis c'est bien de se dire est-ce que ce que je fais maintenant est-ce que c'est réellement efficace ou ça ne l'est pas, y a plein de certitudes qui se cassent la figure, donc euh c'est important qu'on puisse régulièrement nous le dire mais à condition comme ce que j'ai dit, il faut que ça soit euh... oui... non je vais pas me répéter mais c'est important d'avoir des règles. Alors règles et normes c'est pas exactement la même chose vous voyez.

E:dites-moi.

M3:norme c'est ce qui est normal hein, il faut rentrer dans le moule, dans le cadre, dans la normalité. Les règles c'est pas ça, les règles c'est plus de l'ordre euh d'une conduite à tenir, d'une philosophie personnelle, d'un ensemble de choses qui est plus vague, de choses qu'il faudrait édicter, s'édicter aussi. La norme c'est pas ça, c'est plus absolu, c'est un couperet la norme, d'un coté je suis dans la norme d'un coté je ne le suis pas, il y a un fil du rasoir qui

définit la norme, notre métier n'a rien à voir avec le rasoir, donc il faut que l'on puisse toujours naviguer entre ces différentes choses et il faut toujours se donner le sens de l'observation et de la réflexion, c'est un métier qui nécessite observation et réflexion, pour ça il faut du temps et ça il en manque et j'en ai vraiment l'impression cuisante hein, si on veut faire de bons médecins il faut qu'on donne du temps aux médecins.

Entretien n° 4

Identifiant	Sexe	Age	Localisation géographique	Département	Cabinet individuel /groupe	Durée	Particularités
M4	H	55	Rural	77	individuel	20'34	-

E:j'aimerais d'abord savoir ce que signifie le mot «normes» pour vous?

M4:de façon générale, c'est le plus grand nombre de cas qui existent quoi; dans notre profession à nous c'est un peu les règles qui nous disent ce qu'il faut faire dans tel ou tel cas, dans telle ou telle pathologie quoi.

E:et comment vous êtes confronté à cette idée de normes de pratiques médicales dans votre pratique quotidienne?

M4:alors je dirais qu'il y a deux choses, d'abord il y a nos études euh... qui nous a appris à faire les choses d'une certaine façon, normée, c'est-à-dire que quand on est devant tel symptôme, telle maladie, de dire, de faire un certain nombre d'examens cliniques, d'examens complémentaires, de faire certaines investigations, tout ça c'est la norme qu'on nous a appris et ensuite il y a ce qu'on nous impose entre guillemets c'est-à-dire que actuellement, pour essayer de faire des économies de santé entre guillemets, on nous demande d'être aux normes, pour faire tel ou tel diagnostic il faut pas faire plus d'examens que ça, il faut plutôt faire comme ça etc etc donc on a au dessus de la tête quelque chose qui s'appelle la HAS et qui nous dit la norme c'est comme ça et c'est comme ça. Donc je dirais oui, on est confronté et de plus en plus.

E:Donc vous percevez des normes enseignées par la faculté et d'autres provenant de la

HAS.

M4:alors c'est pas que la HAS. Pour pouvoir travailler, pour qu'on fasse à peu près tous le même boulot, parce que si on va voir un médecin qui fait ça et un autre qui fait autrement ben y aura pas de continuité des soins possibles à mon avis, c'est comme si en voiture tout le monde n'avait pas la même norme pour conduire donc la norme c'est si vous respectez pas un stop alors qu'on s'attend à ce que vous le respectiez et bien vous avez un accident quoi, donc la norme elle est un peu comme ça, c'est pas que la HAS, c'est un peu tout ce qu'on nous a appris et ce qu'on nous impose un peu parce que il y a des gens qui dépassent un peu quoi voilà c'est ça.

E:donc comment vous définiriez l'expression de «normes de pratiques médicales»?

M4:ben je dirais que c'est les références, les règles de bonnes pratiques qu'il faut suivre, c'est ça les normes pour moi.

E:comment ces normes influencent vos pratiques?

M4:alors moi je dirais que, par rapport à ce que j'ai appris à la fac, par rapport à ce que j'avais l'habitude de faire, j'ai pas l'impression que les normes que veulent imposer les instances pensantes de la profession entre guillemets aient vraiment modifier notre manière de travailler etc, ça nous a peut-être recadrés parce qu'on avait peut-être euh... quand on travaille tout seul, on a, on essaye de se maintenir informé, on essaye de savoir quelles sont les nouvelles normes parce que les choses évoluent donc effectivement ça a un peu influé notre manière de pratiquer puisque les normes changent mais bon on ne peut pas faire n'importe quoi. Je veux dire, par exemple, on ne peut pas donner un immunodépresseur pour quelqu'un qui a un rhume quoi, enfin les normes c'est le bien fondé, c'est les bonnes pratiques, dans le métier qu'on fait c'est ça les normes qu'il faut suivre ce qui correspond à une bonne prise en charge de la santé des patients quoi. Alors est-ce que les recommandations de la HAS ont influencé nos pratiques, en fait ça dépend parce qu'il y a le cas par cas et la généralité. Je prend un exemple, pour la prescription d'anti-inflammatoires, on ne doit pas donner d' IPP si on n' a pas d'antécédent d'ulcère etc, moi je le vois pas tout à fait comme ça, je le vois plutôt, je demande aux gens est-ce que vous avez l'estomac fragile, est-ce que vous avez facilement mal à l'estomac en prenant de l'aspirine

ou un truc comme ça et les gens me disent oui ou me disent non et ils ont pas forcément d'antécédent d'ulcère et quand ils sont plutôt sensibles moi je leur donne un IPP et donc pour moi je ne respecte pas forcément les normes comme on nous le demande mais le problème des normes c'est qu'elles nous sont données par quelqu'un qui va peut-être avoir une vue peut-être plus économique de la chose et nous, les normes, on les regarde aussi en fonction du patient en face et que toute personne est différente mais on essaye de rester dans le chemin etc...

E:est-ce que vous voyez des freins à l'application de normes en médecine générale?

M4:les patients, effectivement. Si on nous dit tel diagnostic euh, les angines on nous dit qu'il faut faire le diagnostic avec les TDR et bien moi j'ai pas le temps de faire ça, moi j'ai la salle d'attente pleine, c'est dix minutes par consultation, il faut que ça aille vite, si ça prend plus de temps je suis un peu embêté alors quand c'est une angine et une vraie angine et on n'en voit pas des tonnes et des tonnes parce que c'est souvent des pharyngites, des rhino-trachéites et des choses comme ça, et les vraies angines, je vois pas l'intérêt d'aller faire un test par exemple sachant que ça va me prendre 5 minutes pour le lire que ça va me faire perdre du temps que de toute façon je préfère leur donner un antibiotique du style clamoxyl pour éviter une insuffisance rénale aiguë ou un RAA et je préfère me garder de cette histoire-là donc je suis hors norme mais bien sûr les normes voudraient nous imposer des choses mais on les suit pas toujours le facteur déterminant c'est le patient, dans la théorie on nous dit il faut faire les choses comme ça, le problème de la théorie c'est le grand nombre et quand on se retrouve devant un patient qu'on connaît depuis longtemps on fait pas toujours ça, c'est ça le problème enfin moi je pense. Ou encore, moi je me souviens quand j'ai commencé à exercer, on voyait des grippes par dessus la tête et je revoyais les patients au bout de deux-trois jours parce qu'ils avaient toujours de la fièvre, ce qui est normal pour une grippe, et bien je leur donnais un antibiotique pour être tranquille, c'est con je le sais mais ça me permettait de mieux gérer mes consultations.

E:et pourquoi ce besoin d'avoir des normes pour les pratiques médicales?

M4:parce que moi je pense que on fait des études de grands nombres, c'est-à-dire que la médecine actuellement elle est statistique, c'est-à-dire que on dit: on a plus de risque de

faire un accident vasculaire chez quelqu'un qui a déjà fait un accident vasculaire et qui a un mauvais cholestérol supérieur à 1 et donc on va dire: ben la règle c'est de faire descendre ce taux et ça ce sont des statistiques qui permettent de juger de ce qu'il faut faire pour la masse en générale, pour des personnes non individualisées on va dire. Ensuite, vous vous avez votre patient obèse et vous avez beau lui dire: bon faudrait peut-être un peu faire régime et faire de l'exercice, et ben il en a rien à foutre parce que c'est sa vie et donc là on ne peut pas suivre ces normes donc on fait comme on peut...Voilà tout ça c'est basé sur des études statistiques. Pour reprendre l'exemple des TDR, les études statistiques montrent qu'il est plus intéressant de faire un dépistage plutôt que de donner un antibiotique de façon systématique parce que, aujourd'hui, il y a aussi des normes parce qu'il faut prendre en compte l'aspect financier de la pratique médicale et donc maintenant les normes changent, on nous dit également il ne faut prescrire des antibiotiques que pour les angines microbiennes c'est pour économiser de l'argent. Donc y a des normes d'abord parce que la pratique est calquée sur ce que disent les études statistiques avec la limite qui est liée au fait qu'elles s'intéressent à un grand nombre d'individus et qu'elles ne considèrent pas chaque individu personnellement et d'autre part il y a des normes de nature financière.

E:ok, avez-vous le sentiment d'une incitation à suivre des normes dans votre pratique?

M4:ah oui (rires). Du point de vue pécuniaire, la nouvelle euh la nouvelle convention dit que si on a le matériel pour transmettre, si on fait plus de feuilles de soins télé-transmises, on va toucher des sous donc oui c'est une forme d'incitation. Et puis un peu indépendamment de ça, si on est un peu hors normes, ben moi j'ai la visite de la sécurité sociale, allez, une fois tous les trois mois y a une dame qui revient avec notre dossier et qui nous dit voilà par rapport aux antibiotiques ce trimestre vous avez fait plus que la moyenne ou vous avez fait moins, c'est bien donc on est surveillé quelque part, donc il y a la carotte et un peu le bâton oui, oui. Mais franchement tout ça ne change pas véritablement ma manière de voir. La sécu n'a pas la même orientation que nous quand elle établie des normes par exemple le diantalvic c'est un antalgique qui a disparu, pourquoi? Quelle en est la cause? Et bien c'est complètement débile, c'est parce que il y a des gens qui se suicident avec en Norvège et en Angleterre mais en France on n' avait pas la même manière de faire

les choses mais on a fait comme les copains, je pense que cette norme n'avait pas lieu d'être en France. La sécu lorsqu'elle établie des normes elle dit que c'est pour le bien des gens pour leur santé pour diminuer les complications mais c'est surtout pour des raisons d'économie même si clairement elle s'appuie sur des études scientifiques, elle en fait une lecture enfin les quelques éminences grises enfermées dans leurs bureaux, orientée clairement par un souci économique.

E:qu'est-ce que vous pensez d'une pratique basée sur l'observation de normes?

M4:ben moi je pense qu'elles marchent, moi je pense pas... bien sûr que j'ai des pratiques hors normes, mais dans l'immense majorité, mes pratiques sont dans les normes, bien sûr que c'est important qu'il y ait des normes parce que on ne peut pas faire des choses différentes pour la même pathologie, c'est comme si on vous disait: ben moi je vous greffe pas de rein parce que je préfère laisser les gens sous dialyse et que un autre dirait: ben moi je vais vous chercher un rein, il faut bien une norme qui dit que dans telle pathologie le but c'est de traiter les gens, c'est de les guérir par les moyens les plus efficaces et les plus sûrs et qui vont pouvoir aboutir à la guérison donc euh... et il y a pas 36 solutions. Ben je veux dire, un cancer pour exemple, ben maintenant il y a quelque soit l'endroit où l'on va, il y a les mêmes règles parce que des études statistiques ont montré qu'on avait un meilleur gain de survie en faisant tel et tel traitement donc on va pas faire autrement sinon ben dans certaines pathologies on peut se demander si il y a pas refus de traitement ou mauvais soins etc. Donc pour en revenir à savoir si les normes ont changé ma façon de pratiquer, non pas beaucoup. Je pense que les gens qui vous disent que ça a changé c'est peut-être qu'ils avaient une pratique différente, ce qui est bizarre parce que on a tous fait à peu près les mêmes études, on a tous appris telle pathologie nécessite tel traitement, telle surveillance, tel machin alors il y en a qui sont peut-être un peu plus pointus parce que ils ont fait un stage dans telle ou telle spécialité où la façon de faire était à la pointe des dernières avancées mais en moyenne on a tous fait la même chose; d'ailleurs moi il y a quelques années je travaillais en cabinet de groupe et on discutait de nos patients avec mes associés et on faisait tous la même chose.

E: très bien j'ai abordé toutes les questions que je souhaitais aborder avec vous, est-ce que

vous avez des réflexions dont vous voudriez me faire part sur cette notion de normes de pratiques médicales?

M4: euh non, je crois que j'ai tout dit, les normes on les a apprises à la faculté, elle est un peu recadrée par les différentes références qu'on nous demande de suivre que ce soit la sécu ou la HAS ou autre... et des fois il y a une petite contradiction entre nous, ce qu'on pense et ce que la sécu veut, comme la sécu a parfois un objectif purement économique alors que nous c'est pas la priorité, nous on veut d'abord soigner les gens, ne pas prendre trop de risque là je repense aux IPP qu'on donne même si on devrait pas, voilà on a plus tendance à couvrir nos patients, à donner des médicaments, à faire dépenser des choses, on est plus à se laisser entraîner, à donner des arrêts de travail se laissant influencer par le ressenti de nos patients mais au total, non on suit les normes, on a à peu près tous la même manière de voir les choses.

E:juste une petite chose que j'ai oublié de vous demander, c'est que la nouvelle convention médicale reconduit le paiement à la performance déjà expérimenté dans le CAPI, et qu'est-ce que vous pensez d'être rémunéré pour suivre des normes?

M4: ce que j'en pense personnellement c'est de dire euh... voilà c'est fonction d'objectifs donnés, si on remplit les objectifs, on va avoir des points et en fonction des points, on va avoir de l'argent, ben c'est la carotte qu'on nous met devant. On n'a pas voulu nous augmenter notre C, on va nous donner des sous d'une autre manière peut-être de façon plus sournoise en disant comme ça ils vont faire ce qu'on a envie de faire. Mais bon, l'argent, moi je pense que c'est bon de le prendre partout où c'est, mais bon, je suis pas quelqu'un qui va faire quinze tonnes de dépassements, j'en n'ai quasiment pas de dépassements, je n'ai quasiment que de la consultation libre et puis je fais peu d'actes différents de mon C ou mon V. Par exemple, quand je fais un changement d'implant contraceptif, je fais pas payer plus même si normalement c'est plus. Alors est-ce que c'est bien que la sécu nous donne des sous? Oui, c'est bon à prendre mais je vous dis dans tout ce qu'ils nous demandent, bon faudrait revoir de façon très précise, ça semble logique euh justifié. Alors j'ai eu un contrôle sécu il y a pas longtemps avec un médecin-conseil, il m'a dit: «on va revoir certains de vos patients qui ne sont pas aux normes», j'ai dit: «ah bon lesquels?» et quand on a regardé,

c’était soit des gens que j'ai pas revus, soit des gens à qui j'ai prescrit mais qui n'ont pas fait, alors après, moi, je suis pas flic hein. Et donc tous les exemples, il m'a sorti cinq cas et ben en fait il y avait une cause très simple, soit c'est des gens que j'avais pas revus soit c'était des gens qui étaient là une fois par an un truc comme ça donc voilà, effectivement. Mais sinon, non, par exemple, là, ils sont entrain de remettre en place, je sais plus, le plan SOFIA pour bien suivre les patients diabétiques mais moi c'est des trucs qui sont faits de façon systématique, j'ai des trucs tout fait dans l' ordi, clac je clique dessus et ça sort l'ordonnance standardisée avec tout ce qu'il faut faire, après les gens ils font ce qu'ils veulent, on est encore en France et si les gens veulent pas se soigner c'est leur problème hein.

Entretien n° 5

Identifiant	Sexe	Age	Localisation géographique	Département	Cabinet individuel /groupe	Durée	Particularités
M5	F	59	Rural	77	Groupe	11'20	-

E:j'aimerais savoir ce que signifie pour vous le terme «normes»?

M5:oh je sens que ça va pas être facile ce que vous allez me demander. Alors norme, pour moi, c'est normalité, c'est des chiffres normaux pour des examens scientifiques bien précis voilà, c'est mathématique voilà.

E:ok et quand on parle de «normes de pratiques médicales», qu'est-ce que ça signifie pour vous?

M5:alors normes de pratiques médicales euh...alors ça m'évoque les recommandations de bonne pratique qui devraient être appliquées euh... pour réaliser une bonne médecine euh voilà.

E:donc vous avez l'impression d'être confrontée à cette idée de normes dans vos pratiques?

M5:oh, on n'a pas l'épée de Damoclès au dessus de la tête non plus; en fait, on a des recommandations qui nous expliquent quelle est la manière de soigner nos patients qui est censée être la meilleure, donc on ne devrait pas être en conflit avec ces normes, c'est ce

qu'on devrait faire systématiquement. Alors c'est vrai que les choses changent vite et qu'on n'est pas toujours au fait de la dernière nouveauté; en médecine générale c'est un peu le problème, on a un champ d'intervention extrêmement large et on ne peut pas être au courant de la dernière nouveauté en terme de prise en charge contrairement à nos amis spécialistes qui ne se concentrent que sur un organe ou un appareil et qui, il me semble, peuvent maîtriser plus facilement...Mais franchement je me sens pas stressée par les normes de pratiques médicales.

E:est-ce que vous voyez des freins à l'application de normes de pratiques médicales en médecine générale?

M5:oh je sais pas trop, j'ai jamais vraiment réfléchi à ce truc-là mais sûrement parce la médecine ça touche l'être humain et que c'est pas des chiffres; si on parle que de pathologies, on peut plus facilement établir des normes qui viseraient des notions mesurables comme mortalité, morbidité, réduction de risque enfin toutes ces choses-là très à la mode dans les revues médicales, mais on doit aussi s'intéresser au vécu du patient, à sa vie, sa situation, son métier, enfin il y a plein de choses.

E:donc les normes de pratiques médicales que vous identifiez comme étant les recommandations de bonne pratique, vous les appliquez?

M5:ben pas de façon stricte, la plupart du temps et avec la plupart de mes patients je les applique mais il existe quelques situations particulières qui nécessitent une adaptation. Mais vous avez déjà pratiquer la médecine générale pour me poser ce genre de questions?

E:oui, et avez-vous l'impression qu'on vous incite à suivre des normes de pratiques médicales?

M5:oui, ah ben oui,...ben la sécu c'est le principal adversaire, non, adversaire c'est pas le terme. Oui moi, j'ai la petite nana de la sécu qui vient tous les trois mois me voir dans mon bureau mais je m'entend très bien avec elle mais il y a des médecins qui ne supportent pas, alors elle me raconte de ces trucs, y en a qui les foutent à la porte.

E:et cette dame de la sécu quand elle vient vous voir qu'est-ce qu'elle vous dit?

M5:ben elle vient sur un dossier particulier, par exemple les IPP, elle me dit que ça coûte trop cher qu'il faut donner des génériques, elle nous rappelle les normes d'utilisation de ces

médicaments et je comprends que certains aient du mal avec ça; nous on est médecin et on fait notre boulot le mieux possible mais on n'est pas toujours au fait de tous les problèmes financiers; bon c'est vrai que ça nous agace un peu mais faut quand même qu'on ait un peu conscience des choses, si on peut choisir plusieurs trucs avec la même efficacité pour un moindre coût; je crois qu'il faut pas se fermer à ce genre de réflexion.

E:la sécu quand elle vous demande de suivre des règles précises dans votre prise en charge, pourquoi elle le fait?

M5:alors ça c'est qu'un problème de fric... d'abord il y a un problème d'argent mais pas que un problème d'argent, il y a le suivi de maladies chroniques tel que le diabète, ils nous sortent des trucs biens qui permettra une meilleur prise en charge des patients donc ça c'est déjà plus intéressant.

E:et comment la sécu décident de ces normes?

M5:oh je sais pas j'imagine qu'ils ont des commissions, il doit y avoir des médecins de la sécu et puis des spécialistes de l'économie j'imagine. Mais ces normes je pense qu'il faut essayer de les suivre même si elles ont une origine économique tant que c'est pas préjudiciable pour le patient parce qu'il faut essayer de préserver notre système de couverture sociale qui est quand même le meilleur et qui si on fait pas attention c'est la population qui sera pénalisée, enfin je pense, je suis pas sûre que tout le monde pense comme moi; je pense qu'il faut qu'on se prenne un peu en charge et je pense qu'il vaut mieux payer pour des petits bobos et mieux être pris en charge pour des pathologies onéreuses.

E:que pensez-vous d'une pratique dont le principe serait de suivre des normes de pratiques?

M5:s'il faut absolument pas en déroger je pense que c'est trop rigide et que ça peut poser des problèmes, c'est dangereux; qu'il y ait des règles ou des normes comme vous dites qui nous indiquent une ligne directrice qui a été éprouvée par des études ou réfléchie par des experts oui, mais qu'on n'ait pas la possibilité de s'en écarter quand on le juge nécessaire certainement pas, on a quand même la capacité d'évaluer ces grands principes en fonction de la personne individuelle qu'on a en face de soi, c'est une évidence.

E:que pensez-vous d'être payé pour suivre des normes comme proposé par le CAPI repris

dans la nouvelle convention.

M5:(silence).Je sais pas trop, moi j'étais dans le CAPI puisque c'était des choses qui existaient déjà dans mes pratiques, sans modifier mes pratiques euh je faisais déjà ce qu'ils nous demandaient mais tous ces conflits avec la sécu à propos de normes qu'ils voudraient imposer et que les médecins ont du mal à accepter, c'est une histoire de pouvoir, avant les médecins avaient une vrai influence, regardez dans les villes les personnes importantes c'était qui?... le maire, le curé, le médecin, l'instituteur, et je crois que le but c'est de diminuer le pouvoir d'influence des médecins et on veut leur supprimer toute liberté pour les faire passer pour de simples exécutants des décisions prises par les pouvoirs publiques, voilà. (Entretien interrompu par le médecin du fait du nombre important de patients dans la salle d'attente).

Entretien n° 6

Identifiant	Sexe	Age	Localisation géographique	Département	Cabinet individuel /groupe	Durée	Particularités
M6	H	68	Urbain	91	Individuel	28’12	Maître de stage

E:pour commencer, j'aimerais savoir ce que vous évoque la notion de «normes»?

M6:diantre, voilà une question qui n'est pas simple, c'est une dissertation philosophique que vous me demandez là. La norme, elle a deux racines, une subjective, personnelle, on a des choix qui sont de toutes natures et qui prennent source dans la manière dont on a été éduqué, dans notre religion... les normes varient en fonction de l'histoire de chaque individu donc ce sont des éléments qui échappent un petit peu au rationnel voilà. Et puis il y a les normes qu'on acquiert de manière sociale, ou sociologique j'ai envie de dire, parce que on considère qu'on doit respecter un certain nombre de règles alors on adhère ou on n'adhère pas, mais comme on est un être social, on doit s'adapter aux normes de la collectivité quoi, aux règles collectives. Donc pour moi, comme ça sans avoir vraiment réfléchi au problème, il y a deux grands types de normes, il y a des normes personnelles qui ne sont pas forcément superposables à celles auxquelles on est soumis parce qu'on doit

respecter les règles.

E:maintenant, j'aimerais savoir ce que signifie pour vous l'expression des «normes de pratiques médicales»?

M6:ben là aussi, enfin, elles reposent sur deux critères: des critères personnels liés à l'expérience et aux résultats qu'on a eus dans un certain nombre de situations pathologiques, ce sont nos normes et qui ne recoupent pas forcément les normes qui sont établies par un collectif de médecins ,de... la HAS etc, enfin bon, là aussi il peut y avoir euh, enfin c'est évident ce que je dis là de toute façon, il peut y avoir un différentiel entre nos propres convictions c'est à dire nos propres normes et celles auxquelles encore une fois on est obligé de se soumettre, et on s'y soumet d'ailleurs sans problème.

E:donc vous êtes confronté à des normes dans votre pratique quotidienne de médecine générale?

M6:ben on doit se référer, nous, maintenant, je parle de médecine libérale, à des grilles de comportements médicaux, on doit euh... sinon on peut être euh, par exemple hors références pour faire allusions aux références euh aux recommandations pardon, aux recommandations médicales, on est un peu soumis à ça maintenant, euh donc euh... oui enfin moi, en tout cas, après quarante ans d'exercice, je fais attention aux recommandations parce que je prétend pas savoir mieux que les choses qui ont été débattues par un collectif de gens, voilà donc je me réfère aux recommandations, oui. Je suis assez respectueux de ça, oui. Oui dans mon mode d'exercice, ce sont des normes en lesquelles j'ai confiance, j'ai plutôt confiance dans tout ça, je suis pas un douteur, on dit bien que le douteur est le vrai savant, je sais pas qui disait ça, c'était Claude Bernard je crois, voilà mais moi je suis euh... c'est de bon ton en France d'être contre les normes, oui, on n' aime pas, moi je suis modeste, voilà... il faut contester, on est un peuple de contestataires, c'est ça, à partir du moment où on vous dit ça c'est plutôt la bonne direction, on est soupçonneux, moi je suis pas comme ça, c'est pas mon côté, je suis pas un suiveur frénétique mais j' ai plutôt confiance dans les organismes qui réfléchissent sur un sujet donné par exemple.

E:comment ces normes influencent votre pratique?

M6:ma foi, de temps en temps, il peut y avoir des difficultés parce que les

recommandations varient, comme ça elles peuvent apparaître de manière récente et elles peuvent entrer en contradiction avec ce qu'on avait l'habitude de faire, j'exerce depuis, je vous le répète depuis trente sept ans c'est sûr que j'ai été obligé de m'adapter à des normes quelques fois, parce que je vous le dit encore j'adhère, ça, ça doit correspondre à une logique donnée, enfin des logiques, ça peut entrer en contradiction enfin pas en contradiction, en porte à faux avec ce que j'ai fait jusqu'à présent mais je m'adapte, j'accepte, je vais pas lutter, alors que j'ai suffisamment de bouteille pour dire, moi, les recommandations hein, j'ai suffisamment d'expérience pour considérer que je peux me fier qu'à moi. Non je me tiens au courant et je suis les recommandations. (le téléphone sonne, après un regard au combiné le médecin décide que ça peut attendre). Euh oui donc, il peut exister certains conflits entre ma pratique et les recommandations.

E:et comment vous faites quand ces conflits apparaissent?

M6:il y a des normes, il y a des normes, attendez pour revenir aux recommandations, il y en a parfois qui sont un peu théoriques qui cadrent pas avec la situation en mode ambulatoire en médecine libérale qui sont un petit peu parfois rigides et donc de temps en temps moi je transgresse mais euh en essayant de pas le faire trop quoi voilà. Mais c'est vrai que parfois c'est un petit peu délicat quoi, c'est pas forcément le même, le même euh, ce sont pas les mêmes critères qui font que on va décider au niveau de notre exercice ambulatoire et ceux qui sont établies avec des statistiques, quand on lit... ou on demande de ne pas traiter une otite rétentionnelle suppurée, enfin et que il faut pas parce que il y a 98% d'otites qui sont pas bactériennes et qui cèdent toutes seules, voilà ça c'est dans les bureaux qu'on décide ça; quand nous, on a une madame Lambert qui a un enfant qui a une otite rétentionnelle et que ça peut être un hémophilus etc, dans les recommandations on devrait laisser, mais allez dire ça à une mère, c'est pas pareil, le regard qu'on a nous, et alors là il y a des situations un petit peu bon, de réflexion on va dire.

E:donc il y a des freins à l'application de normes de pratiques en médecine générale.

M6:oui c'est ce que je disais juste avant c'est pas tout à fait la même chose d'être devant madame untel ou l'enfant untel et d'être devant des chiffres et des statistiques; l'autre fois j'étais à cette réunion de formation médicale continue où on parlait de l'attitude médicale

antibiotique en France, de l'utilisation abusive, enfin c'est fou quoi et puis en Norvège où il en prescrivent jamais, et ils sont en bonne santé en Norvège ou les Germains, les Finlandais, les pays scandinaves, ils en prescrivent cinq fois moins que nous et moi j'ai posé la question quand même et il a pas su me répondre l'intervenant, bon d'accord en France il y a trop d'antibiotiques prescrits mais quelle est l'incidence chez eux par rapport à nous, des glomérulonéphrites aiguës. Alors il a pas su me répondre et ça a fait rire mes voisins mais bon les Norvégiens sont en bonne forme mais quel est leur chiffre en terme de glomérulonéphrites, par manque de peau, par développement d'une glomérulonéphrite post-streptococcique non soignée? Donc il y a abus de prescriptions, mais moi je suis pas là-dedans du tout je fais les TDR, mais il y a un moment quand c'est le streptocoque on va pas dire comme au Finlandais ou aux Norvégiens: vous partez avec du paracétamol et du sérum phy dans le nez ça va guérir, donc il y a combien de glomérulonéphrites. Il a pas su me répondre.Voilà, nous on prescrit trop mais y en n'a pas, vous le savez comme moi les glomérulonéphrites c'est l'évolution quasi inéluctable vers des greffes du rein, tout ça c'est peut-être du à des angines à streptocoque non traitées, or c'est dramatique quand même, donc entre ces deux maux différents il faut choisir... mais allez dire à madame Lambert votre insuffisance rénale c'est pas moi c'est les normes de bonne pratique. Alors les glomérulonéphrites c'est peut-être pas très fréquent, les Norvégiens en parlent pas mais enfin je dis les Norvégiens les pauvres, je dis ça arbitrairement, je dis ceux qui se prévalent de rarement prescrire des antibiotiques. Bien, mais n'y a t'il pas un peu de casse là, dont on ne parle pas, en tout cas plus que nous.(silence). C'est le problème des études statistiques.

E:pourquoi y a t'il des normes en médecine?

M6:vraisemblablement parce que il faut tenir compte de facteurs économiques, sûrement et parce que le médecin qui sort de la fac et qui est en plein dans son exercice, s'il ne fait plus rien qu'il est en solo et qu'il ne se forme pas, il fait un carnage, parce que ça évolue, il y a des notions qui évoluent, il y a de nouvelles preuves d'efficacité qui sont acquises et tout est évolutif. J'avais lu ça quelque part, si vous sortez de la fac et vous ne vous formez pas, au bout de cinq ans vous devenez dangereux, en cinq ans à peine vous êtes décalé par rapport aux preuves scientifiques et vous devenez dangereux, dangereux pour vous aussi.

Vous voyez il faut bosser toujours, regardez moi, après trente huit ans, je bosse tout le temps, acquérir, engranger de nouvelles notions, il y a que ça qui m'intéresse mais quelqu'un qui ne ferait rien, il est dangereux en moins de cinq ans, tout va tellement vite. Donc les normes sont là, il faut les rappeler aux médecins, ah bon c'est comme ça qu'on fait maintenant. Moi, de temps en temps, dans les réunions, il m'est arrivé de dire mais tu sais pas que on ne fait plus ça qu'on ne donne plus de fluidifiants en pédiatrie, euh je vous jure des bons médecins pourtant hein, mais non on ne donne plus mon petit vieux, tu veux les noyer. Des notions comme ça, si on se tient pas au courant, on peut être dépassé, dangereux, inefficace.

E:Toutes ces normes dont vous m'avez parlé sur les antibiotiques, le traitement des otites, par qui sont-elles élaborées?

M6:euh c'est un grand flou dans mon esprit, comment sont choisis les gens qui vont réfléchir sur ce que doivent être les pratiques, d'où ils viennent, comment ils sont désignés, je ne sais pas, je ne sais pas ce qu'il faut comme critère pour choisir ce collectif de décideurs qui amènent à nos normes, je ne sais pas qui, je ne sais pas comment. Mais je suis un confiant moi, je ne suis pas un sceptique, il n'y a pas de raison que ce soient des clowns, ce sont forcément des gens qui réfléchissent, c'est leur boulot; moi... c'est comme dans plein de domaines, les Français, en règle générale, ils savent ce qui se passe dans les cabinets ministériels, ça me sidère, je fais plutôt confiance, je pense que si des recommandations ou des normes étaient pas valides on finirait par en entendre parler, dans notre profession il y en a qui ont l'esprit très critique et qui surveillent ça de près, je crois.

E:est-ce que vous avez le sentiment d'une incitation à suivre ces normes de pratiques?

M6:euh oui oui, on est sans arrêt concerné par des articles quand même quoi ou alors, celui qui ne s'intéresse à rien, qui décide d'écarter tout type d'informations qui soit de cet ordre-là, il est complètement hors du coup, oui moi dès que j'ouvre une revue je lie des études sur l'évaluation de tel traitement, telle procédure, oh oui on est incité. Sinon il y a la sécu, on a notre visite trimestrielle, notre bulletin de note trimestriel, en ce qui me concerne c'est une dame très aimable d'ailleurs, on n' a jamais eu le moindre conflit. Quand je la vois je lui dit: ah est-ce que j'ai de bonnes notes chère madame, là, elle rougit un peu, mais en ce qui me

concerne, il n y a pas d'incitation inquisitrice ou de manière hostile. Il y a le carnet de notes avec notre profil notre courbe, alors je la reçois très bien comme mes confrères. Ah si, je lui avais demandé: vous êtes toujours bien reçue par les confrères? Elle m'a dit: non des fois c'est un peu plus tendu. Mais c'est quand même légitime d'avoir des rappels. Moi, le libéralisme forcené qui consisterait à dire: moi, je fais une profession libérale, je suis le seul maître à bord, ici c'est mon bateau, euh je sais tout, euh pfff. Non, on sait pas tout, si le code de la route change et qu'on apprend que telle ou telle façon de conduire réduit la mortalité ben faut s'y adapter quoi, si dans telle zone c'est 80 km à l'heure et dans telle zone c'est 60 et ben on va respecter, sinon on est sans arrêt en porte à faux avec les normes, voilà. Enfin, enfin, on peut discuter avec le 80 à l'heure qui est ramené à 60, on peut dire et ben c'est idiot d'accord mais et bien c'est comme ça.

E:et quel est l'objectif de l'incitation de la sécurité sociale à suivre des normes?

M6:alors ce serait facile de dire que l'objectif est uniquement économique, mais ils sont en grande partie de cet ordre là, mais il faut pas penser que ce serait au dépens de l'intérêt du malade, tout ça c'est facile je trouve... je suis pas un anar... bon, il y a des critères qui reposent sur une logique économique bien sûr et ça me semble plutôt légitime mais c'est pas incompatible avec la bonne santé des gens, parfois c'est un petit peu acrobatique mais on peut pas penser que c'est que les critères économiques qui interviennent.

E:j'aimerais...oui?

M6:(regardant sa montre) je voulais dire que je vais avoir des patients qui attendent euh.

E:oui très bien, il me reste deux petites questions si vous êtes d'accord, je vais faire vite?

M6:très bien, on est d'accord.

E:je voulais aborder avec vous la question du CAPI et de la nouvelle convention...

M6:le P4P.

E:oui c'est ça, que pensez-vous d'être rémunéré en fonction du bon respect de normes de pratiques?

M6:oui c'est l'incitation mais est-ce qu'elle est dominante dans nos choix de pratiques? Elle peut être attractive hein... c'est pas, c'est pas un gros mot mais faut pas penser que c'est au détriment de la santé des gens. Moi, je suis le CAPI mais pas tout le temps, je considère

que le crestor est le meilleur hypolipémiant dans les dyslipidémies un peu... et ben c'est pas parce que le CAPI me demande de prescrire de la pravastatine... je vais pas non plus pénaliser mes malades mais dans l'immense majorité des cas, il y a une logique valide et il y a des répercussions financières donc je suis pas hypocrite moi, et le P4P procède de ça, il y a des gens qui réfléchissent qui essaient de nous inciter à respecter strictement des choses... ben dans, dans la liste, il y a des choses que je ne pourrais pas suivre et je l'ai dit déjà aux gens de la sécurité sociale, vous ne me ferez pas faire ça par exemple hein mais euh, si j'ai à la fin de l'année un chèque et si j'ai été un bon élève, dans la mesure où j'ai pas pénalisé ou... Je me sens pas acheté hein, oui ça paraît une acrobatie difficile à justifier mais je me sens pas acheté, dans la mesure où dans les normes de la sécu il n'y en a aucune qui ne me paraisse bouffonesque si je peux me permettre d'utiliser un mot qui me vient tout de suite à l'esprit, non je me sens pas acheté. Il y a une certaine justification à essayer de faire qu'on prescrive avec parfois un peu de modération, moi je vois des ordonnances un peu inquiétantes ou dans la prescription de bilans biologiques, enfin personne n'est parfait.

E:dernière question, j'aimerais savoir ce que vous pensez d'une pratique médicale dont le principe serait de suivre des normes?

M6:(silence) non non, ça me plairait pas. Il faut une part de liberté, parce que l'être humain il rentre pas forcément dans un moule comme ça, de robots identiques les uns aux autres, il y a la part du du de la dimension personnelle, donc il y a des situations où ne suivre que les normes, on m'imposerait d'avoir tel type d'attitude thérapeutique non il me faudrait une part de liberté. Donc, donc c'est quand même une attitude ambivalente à l' égard des normes, je comprends les normes, je les respecte au maximum, encore une fois j'ai confiance plutôt dans les gens qui réfléchissent là-dessus mais faut pas qu'on me mette dans un système d'encadrement rigoureux imperméable à toute espèce de décision personnelle hors normes. En plus il y a des situations qui échappent aux normes statistiques.

(interruption par un appel au cabinet).

M6:oui donc, euh, oui parfois je les évoque même pas les normes, ils faut qu'à cette personne je lui prescrive sa benzodiazépine et même si je connais les études statistiques, moi comme tout le monde, et bien si je lui donne pas, je fais plus de mal que de bien, donc

je vais lui prescrire alors que ça fait deux ans qu'elle prend son temesta. On doit faire aussi avec les demandes des patients. J'aimerais bien voir les personnes qui sont là très péremptoires et qui disent: et bien non il faut pas etc, il faudrait qu'ils viennent là dans un cabinet médical.

E:voilà je vais pas abuser de votre temps, on a fini, y a t-il des réflexions sur la notion de normes de pratiques médicales dont vous voudriez me faire part?

M6:oh, le métier de médecin est un beau métier mais un métier difficile et non, je crois que je vous ai dit tout ce que je pensais.

Entretien n° 7

Identifiant	Sexe	Age	Localisation géographique	Département	Cabinet individuel /groupe	Durée	Particularités
M7	H	42	Urbain	95	Groupe	15’38	-

E:pour commencer j'aimerais que vous me disiez ce que vous évoque la notion de «normes», quelle signification vous lui donnez?

M7:règles à suivre... références... statistiques aussi... voilà.

E:ok, et l'expression «normes de pratiques médicales», quelle est sa signification pour vous?

M7:des règles, des bases, des bases statistiques sur lesquelles il faut s'appuyer pour exercer notre métier... voilà.

E:vous avez l'impression d'être confronté à cette idée de normes de pratiques médicales dans votre exercice?

M7:oui.

E:et comment vous y êtes confronté?

M7:ben de deux manières: d'abord dans la pratique quotidienne et par l'intermédiaire de la sécu, la CPAM sur les conduites à tenir dans différents domaines.

E:parlons d'abord des normes auxquelles vous êtes confronté dans votre pratique

quotidienne.

M7:ben y a des règles de pratiques qui sont élaborées de façon collégiale par des experts en s'appuyant sur les données scientifiques...

E:oui...

M7:oui voilà, en gros les experts regardent les différentes études menées sur les traitements, les procédures de, de surveillance, les examens à faire etc et établissent des recommandations sur la bonne pratique à suivre, voilà.

E:et comment ces normes influencent vos pratiques?

M7:ben je pense qu'elles sont censées améliorer les pratiques, je pense... c'est le but en fait. Enfin c'est mon impression, voilà...

E:d'accord, mais de façon concrète, quand vous vous trouvez face à votre patient et que vous devez le soigner comment vous intégrez les normes dans votre pratique?

M7:en fait, c'est une base de départ, c'est une base de départ qui est modulable en fonction de la situation clinique, fonction du patient, fonction de beaucoup de critères je pense hein.

E:fonction de la situation clinique?

M7:oui il y a des situations cliniques qui nécessitent de s'écarter un peu des normes parce qu'elles sont parfois complexes et parfois il y a des cas atypiques, voilà...

E:et fonction du patient,vous pouvez m'expliquer un peu?

M7:euh, oui il y a la personnalité qui peut influencer, il y a des patients qui peuvent refuser, on n'est pas là pour leur imposer, on leur expose les normes, la conduite à tenir et en finalité c'est le patient qui décide, qui suit ou qui suit pas quoi en fait.

E:et c'est fréquent?

M7:non pas vraiment.

E:et comment vous faites lorsque le patient s'oppose à ce que voudrait la norme?

M7:oh, ça dépend, parfois si il y a un refus on s'arrête là, parfois on essaye de trouver un compromis et ça peut être avoir convaincu le patient que c'était mieux de faire comme ça, j'essaye le plus souvent quand même de convaincre le patient.

E:pourquoi?

M7:on est là pour essayer de soigner au mieux le patient sur des bases euh, scientifiques.

E:donc suivre les normes de pratiques permet de mieux soigner les patients.

M7:oui, ça va dans le sens d'une meilleure qualité des soins en gros aussi bien au niveau individuel que collectif.(silence).Je me fonde sur les données de la science, et pas du tout sur mon expérience ou mon sentiment personnel, je crois qu'on n'en est plus là, c'est quand même dépassé cette façon de faire je crois. Maintenant on se fixe aux référentiels, aux normes de, euh comment dirais-je, aux congrès, enfin aux recommandations qui sont réactualisées régulièrement, on se fixe la-dessus, c'est vraiment, c'est une base de références qui est importante pour moi je pense.

E:voyez-vous des freins à l'application de normes en médecine générale en particulier?

M7:le frein c'est la rigidité quoi, c'est quand justement il n'y a plus ces, ces nuances, quand la discussion n'est plus possible, qu'on n'a plus la possibilité de s'adapter à la réalité de la situation clinique, c'est ça le frein pour moi, ou alors quand il y a des sanctions, je vous parlais de la CPAM, quand il y a des sanctions immédiates si on ne suit pas les règles, sans réfléchir sur un cas donné sans tenir compte des différents paramètres annexes quoi, j'accepterais pas ce genre de normes trop rigides.

E:donc la rigidité des normes est un frein?

M7:oui, y a quand même des cas cliniques qui sont vraiment compliqués et c'est parfois pas aussi simple que ce qui est exposé dans les conduites à tenir.(silence).Non je pense que globalement les recommandations nous permettent de mieux soigner les patients mais certains nécessitent des adaptations à leur situation particulière.

E:mais pour la médecine générale vous voyez des freins qui lui seraient spécifiques?

M7:(silence). Non pas vraiment... peut être que notre pratique est plus large donc connaître toutes les normes dans toutes les pathologies qu'on serait amené à rencontrer serait un peu compliqué.

E:et pourquoi a-t-on besoin de normes pour la pratique de la médecine?

M7:comme je vous ai dit, parce que aujourd'hui on ne peut plus se fier à notre intuition, à notre sentiment, à notre expérience pour savoir ce qui peut correspondre à une bonne pratique, il faut des études, des essais cliniques pour évaluer, et ensuite à nous d'adapter à nos patients.

E:avez-vous des exemples de normes concrètes qui s'appliquent à votre exercice?

M7:je sais pas, ça serait par exemple un cancer X, dans l'échelle décisionnelle, on devrait faire telle chose, et le patient refuse, il dirait: je sais que si on fait ça, ça me donnerait 3mois, 6mois de vie, et j'ai pas envie, je m'arrête là. Là, on essaye de... on expose les avantages, les inconvénients et puis on respecte la décision à partir du moment où on a argumenté ce qu'on devait argumenter, c'est au patient que revient la décision finale.

E:ok, je voudrais savoir si vous avez le sentiment d'une incitation à suivre des normes de pratiques médicales?

M7:de la part de qui?

E:à vous de me le dire, si vous ressentez une incitation.

M7:en règle générale oui, oui y a une incitation...

E:de la part de qui alors?

M7:ben de la part des scientifiques et puis de la part de la sécurité sociale?

E: de la part des scientifiques?

M7:oui ça s'appelle les recommandations de bonne pratique, dans pratiquement toutes les revues médicales on lit des études qui nous indiquent que si on utilise tel ou tel traitement ça améliore, euh ça diminue les complications euh c'est comme ça qu'on améliore la santé des gens.

E:et pour la sécu?

M7:oui y a une incitation, par exemple pour les classes thérapeutiques: au niveau des données scientifiques, on a quand même des options alors qu'au niveau de la CPAM c'est le, c'est le euh, c'est le contexte économique qui prime quoi.

E:donc vous pensez que la CPAM incite à suivre des normes pour faire des économies?

M7:euh, je n'irai pas jusque là, c'est d'abord pour l'amélioration des pratiques tout en faisant des économies quand même...

E:donc la CPAM a un double objectif.

M7:oui, en premier lieu euh, eux aussi se référencient aux données scientifiques et puis ensuite il faut gérer les finances voilà, mais ça me paraît légitime, les finances sont pas inépuisables.

E:vous avez des exemples de mesures de la CPAM allant dans le sens d'une incitation à suivre des normes?

M7:euh, ben on a des entretiens de temps en temps avec la CPAM qui vient nous exposer les choses, et on est d'accord ou pas d'accord avec ce qu'ils nous disent au niveau des données scientifiques et puis ils nous donnent des chiffres par rapport au côté économique, voilà.

E:vous dites que vous êtes d'accord ou pas avec les données de la science exposées par la CPAM, vous pouvez m'expliquer?

M7:ben faut voir, faut voir les sources, c'est parfois discutable, je pense, euh, la façon dont ils interprètent ces données, parfois c'est pour vraiment plus pour les aider à faire des économies.

E:et pour les normes de la science, vous avez le même regard?

M7:en fait, je suis quand même moins critique parce que il n'y a pas le côté financier qui est derrière. C'est vrai que j'analyse plus en détail ce que me demande de suivre la sécu parce que leur motivation est quand même un peu intéressée...

E:j'aimerais savoir ce que vous pensez du paiement à la performance mis en place dans le CAPI et repris dans la nouvelle convention .Que pensez-vous d'être rémunéré si vous suivez bien les normes de pratiques de la CPAM?

M7:c'est nouveau, puisque ça vient de démarrer, là, depuis le 1er janvier, euh en fait je pense pas que ça sera ça qui influencera ma pratique, c'est pas le fait d'avoir un bonus, d'être payé pour euh, non c'est pas ça que je vais regarder, non non sûrement pas. Ça m'intéresse plus de suivre les normes scientifiques que de rechercher la performance et de regarder tous les soirs mon ordinateur pour voir si je vais toucher le bonus, c'est euh, ça m'intéresse pas, ça m'intéresse pas, je trouve ça euh... C'est bien de ramener de l'argent si ça concorde mais c'est pas ça qui va guider ma pratique ou la modifier.

E:et vous pensez que c'est utile euh ces incitations à suivre des normes?

M7:ben ça peut être utile quand même au niveau de la masse, est-ce qu'il faut ça pour modifier les mentalités au niveau des pratiques, peut-être malheureusement. Mais je serais déçu si les médecins changeaient leur pratique juste à cause d'un bonus financier.(silence).

Mais quand même globalement, j'ai l'impression qu'elles sont suivies les normes, en règle générale.

E:pourquoi à votre avis?

M7:euh...parce que je pense qu'aujourd'hui les médecins ont accepté l'idée que nos pratiques devaient se référer aux données de la science et donc ils se basent sur les recommandations pour exercer, toujours en adaptant.

E:que pensez-vous d'une pratique médicale basée sur le suivi de normes?

M7:(silence). Non comme je vous ai dit, les normes de la science c'est une base sur laquelle on s'appuie, et ça serait vraiment frustrant s'il fallait réduire notre travail à juste observer des normes et pas avoir son mot à dire, de la place pour sa propre réflexion, non c'est important d'avoir quand même un peu de liberté décisionnelle(silence).

E:est-ce que vous avez d'autres réflexions sur cette idée de normes de pratiques médicales dont vous voudriez me faire part?

M7:(silence). L'étranger, oui, ça serait intéressant de voir si ils ont les mêmes normes à l'étranger et comment les médecins les reçoivent et comment elles sont vécues ailleurs, ça serait une bonne piste de réflexion.

E:vous pensez que les normes de pratiques sont différentes à l'étranger?

M7:euh, je sais pas trop mais oui, j'imagine que ça peut varier.

E:pourquoi à votre avis?

M7:(silence). Le système de santé n'est pas le même partout...et puis je pense que les besoins de la population sont différents d'un endroit à l'autre(silence)... Il peut peut-être y avoir une variation dans l'interprétation des données de la science, je pense, il me semble que j'ai déjà lu quelque chose la dessus.(silence).

E:très bien autre chose sur l'idée de normes de pratiques médicales?...

M7:(silence). Oui, il y a aussi la dérive, la dérive américaine, procédurière évidemment, ne pas se référer aux normes égal des poursuites judiciaires ou économiques, c'est un risque d'établir des normes.

E: et vous avez cette inquiétude pour la pratique en France?

M7:oui y a de plus en plus de procédures judiciaires remettant en cause la validité de nos

choix thérapeutiques, et si il existe des normes strictes, on risque de nous demander pourquoi on s'y est pas référé.

Entretien n° 8

Identifiant	Sexe	Age	Localisation géographique	Département	Cabinet individuel /groupe	Durée	Particularités
M8	H	62	Urbain	92	Groupe	37’12	Maître de stage

E:ma première question est: qu'est-ce que vous évoque la notion de «normes»?

M8:euh, on est sans arrêt entouré de normes, le laboratoire nous donne des normes euh...les normes, je dirais normalité, je dirais bornes, je dirais par extension assez actuelle recommandations?

E:et que signifie pour vous la notion de «normes de pratiques médicales»?

M8:c'est qu'on doit rester dans les preuves, dans le recommandé, dans les bonnes conduites, dans les bonnes pratiques.

E:et vous avez l'impression d'être confronté à des normes de pratiques médicales dans votre exercice?

M8:ben je le suis de part ma culture médicale, les normes font partie des outils dont on se sert, c'est ce qu'on met en face de l'irrationnel complet qu'apporte le patient, lui, il apporte de l'irrationnel c'est-à-dire du ressenti et des demandes subjectives liées à ses représentations, et moi je vais m'inscrire dans son irrationnel avec des bornes qu'il ne faut pas dépasser parce que ça peut partir dans tous les sens, hein. Mais il y a aussi des normes pour le relationnel, de ce qu'il ne faut pas dépasser dans son comportement, dans ce qu'on peut dire ou de ce qu'on peut faire avec une autre personne.

E:si je comprend bien là vous me parlez de deux types de normes différentes, d'une part les normes que vous avez qualifié de preuves, de recommandé et...

M8:oui elles viennent de la science, du fruit des expériences, des études scientifiques, la norme c'est la tension doit être inférieure à 15/9 pour éviter la survenue de complications et

puis ça s'ajoute par strates: s'il est diabétique, je viserai plutôt 13/8 et puis si je pousse un peu, je lui trouve 18/9 mais je sais qu'ici je suis le plus mal placé pour prendre une tension qui soit le reflet de sa tension habituelle, donc toutes ces normes ont été établies par différentes études scientifiques qui viennent m'indiquer comment prendre en charge au mieux mes patients.

E:oui, donc vous m'avez parlé de ces normes-là et aussi vous m'avez parlé de normes relationnelles...

M8:oui ça c'est un peu la culture de chacun, sa personnalité, sa façon d'être avec les gens, voilà. Mais je me met des normes, je dois avoir tel type de relation avec mes patients mais dans l'exercice de mon travail tout comme dans tous les compartiments de ma vie.

E:j'aimerais savoir comment ces normes influencent vos pratiques médicales?

M8:elles influencent de fait que ce sont des buts à atteindre, ces normes. C'est ce qu'on nous a enseigné à la faculté, ce qui a été éprouvé par des études, ce qu'on a modifié au fil du temps et ce qu'on a réappris parce que c'est enrichi en permanence. Mais comment ça intervient dans le quotidien, c'est presque malgré soit voilà. Il se propose à nous à longueur de journées des choses qui se ressemblent et qui sont extrêmement différentes et voilà il y a des buts à atteindre c'est de donner des soins efficaces à la personne qui vient nous voir et ça va faire rentrer, en fonction de ce que vient vous proposer le patient, ça va faire rentrer votre action dans certaines normes, pour bien s'occuper de lui, il y a des normes, des lignes de conduites sur les buts, sur les moyens que je vais utiliser et sur tout un tas de trucs euh.

E:et est-ce que vous voyez des freins à l'application de normes de pratiques en médecine générale?

M8:non.(silence). Le frein il est que je suis pas tout seul à décider, si bien sûr, le premier frein c'est le patient, parce que moi je vais lui proposer quelque chose mais c'est le patient qui va décider en fonction de son environnement, de ses possibilités d'accès aux soins, son laxisme ou son anxiété, il y a plein de choses. Les freins ça va être moi aussi parce que ça va dépendre de ma perspicacité, de ma combativité face au patient, de mes connaissances, il y a le frein de mes connaissances aussi...les limites de mes connaissances.

E:d'accord et ça ce sont des freins propres à la médecine générale?

M8:euh non, non. Pour la médecine générale en particulier?(silence). Non je ne vois pas.

E:d'accord et pourquoi il y a un besoin de normes pour la pratique de la médecine?

M8:euh, plein de raisons sûrement.

E:mais selon vous, pour vous.

M8:moi j'ai un besoin de normes pour me sécuriser, voilà. C'est un frein à cette surpuissance qui peut être dangereuse, on a à disposition tout un arsenal pour agir sur le corps et on a besoin de règles pour nous dire ce qu'on peut et doit faire non seulement pour bien soigner les gens et pour ne pas mettre en danger leur santé. Mais aussi ça me paraît plus simple de travailler avec l'idée que les choses ont été éprouvées. Quelqu'un vient et il a mal à la gorge, il me paraît utile face à ce mal de gorge qui est un truc simple d'avoir une démarche bien stéréotypée de choses à faire, de choses à éliminer et après dans les décisions... et d'utiliser des choses qui sont reconnues comme étant des choses nécessaires et suffisantes, voilà ça permet de borner l'action et de pas partir en vrille, puisqu'on peut tout faire tout nous est permis il est bien qu'il y ait une norme.

E:très bien les normes dont vous me parlez issues de la science, des études vous les ressentez comme des normes qu'on vous demande de suivre ou c'est vous qui en faites des normes?

M8:en fait les deux, toutes ces études faites pour éprouver des traitements, des procédures si on les fait c'est quand même pour nous indiquer quelle est la bonne marche à suivre... mais ensuite je les confronte à ma pratique en vérifiant qu'en restant dans ces normes, finalement j'accède à un bon résultat que je peux confronter avec mes pairs mais j'ai aussi un regard un peu critique sur ces études, enfin les résultats des études deviennent des normes par un travail de lecture critique, par une confrontation de leur efficacité dans ma pratique, de discussions avec mes pairs...on passe son temps en FMC à les discuter... Et puis on a les capacités de vérifier que c'est pas aberrant, c'est vrai que certaines études peuvent être mises en défaut mais bon. Il y a des normes faciles à appliquer et d'autres où ce sera plus compliqué. Je prendrais des exemples: traiter une angine ça me paraît simple qu'on nous ait normé ça, ça paraît nécessaire quand on voit la dispersion des traitements d'un médecin à l'autre, on imagine bien que sur un problème aussi précis et simple avec une

détermination biologique à faire, un test avec une réponse simple: j'ai mal à la gorge vous faites un TDR la réponse est positive et vous donnez de l'amoxycilline, ça paraît assez simple, moi je trouve que ça m'a facilité les procédures. Même vis à vis des patients pour le vendre ça, c'est beaucoup plus simple de le vendre, vous avez mal à la gorge je fais un TDR c'est un virus probablement, je peux vendre que je donne pas d'antibiotiques donc je trouve que ça a plutôt amélioré ou facilité certaines prises de décisions. Après il y a des choses plus compliquées, les mammographies: l'utilité, les rythmes; l'hémoglobine glyquée: est-ce qu'il faut le faire absolument tous les trois mois à quoi ça sert, puis après il y a le patient qui intervient vous lui proposer de faire son hémoglobine glyquée tous les 3-4 mois et il va vous en faire une par an et vous serez bien content parce que elle a été faite. C'est extrêmement précis et ça dépend de quelque chose qui est complètement irrationnel qui est la relation, la façon dont vous allez tenir le choc du patient, parce que le patient va aussi essayer d'exiger, d'imposer, il va poser de l'inertie. Tout ça, ça fait la médecine générale. Le résultat de la satisfaction de bien avoir fait son travail, il va dépendre de vous mais aussi de l'autre.

E: est-ce que vous avez l'impression d'une incitation à suivre des normes de pratiques médicales?

M8:ma première incitation à suivre les normes c'est que c'est bénéfique pour mes patients, c'est aussi pour sécuriser quelque part, la sécurité du médecin en cas de contestations en cas de plaintes, la norme permet peut-être de mieux se défendre mais je sais pas si on peut se réfugier parce que le premier principe et devoir du médecin c'est de prendre soin du patient particulier qu'il a en face de lui, ça fait presque exploser toutes les normes, s'il faut sortir des normes pour lui sauver la vie ça peut être nécessaire de sortir des normes, un traitement qu'on utilise en dehors de ses indications ou sûrement plein d'autres situations. Enfin je trouve que notre métier c'est plein d'entre deux de euh... c'est tout un art en fait, y a des normes mais il faut savoir en sortir...rarement quand même.

E:là, vous me parlez de votre incitation personnelle à suivre des normes, est-ce que vous avez le sentiment d'une incitation extérieure à suivre des normes?

M8:oui, ben y en a, on va nous rémunérer à suivre les normes qu'on nous impose, arriver à

obtenir qu'il y ait 3 mois entre chaque hémoglobine glyquée ça va m'apporter 250 euros, que la femme si elle fait sa mammo tous les deux ans ça va me rapporter 150 euros, je dis n'importe quoi là j'ai pas regardé les chiffres; oui, bien sûr il y a une incitation financière; sinon il y a le passage de la sécu qui vient régulièrement nous rappeler avec de magnifiques tableaux et qui veut qu'on rentre dans la norme de nos confrères de la région.

E:et comment la sécu élabore-t-elle ces normes de pratiques?

M8:euh non, je crois qu'elles sont pas fondamentalement différentes des recommandations de bonne pratique mais clairement elle met surtout en avant des normes qui permettent de faire des économies, je pense pas par exemple que si des études indiquent qu'il faut faire une IRM à tous les patients pour telle ou telle pathologie qu'elle nous contrôlera là-dessus ou nous rémunérera pour bien respecter cette norme.

E:et quel est selon vous l'objectif de ces incitations à suivre des normes?

M8:euh... ben je crois qu'elles visent deux choses. D'abord rationaliser et donc aboutir à une utilisation plus économique comme j'ai dit de ce qui est mis en mouvement. Il est évident qu'il y a une arrière pensée économique mais elle est aussi dans l'intérêt de la santé publique, je crois que c'est de l'économie et qu'on peut pas s'y soustraire, c'est pas aberrant parce qu'on est dans du fond publique et c'est normal qu'on nous demande ce qu'on fait des fonds publiques. On fait partie d'une société, on n'est pas tout seul, ça me semble légitime qu'on me demande de prouver que ce que j'ai dépensé l'est à bon escient. C'est difficile, parce que on a des patients en face de nous, on n'a pas la sécu en face de nous, elle est là mais silencieuse mais en face de nous on a des gens qui viennent réclamer, qui sont inquiets et qui ne savent pas ce que ça coûte, il faudrait que les patients soient au plus près de la réalité de ce que ça coûte, il y a des trucs hallucinants qu'on ne dépense pas ici en ville et qu'on demande dans les campagnes, c'est incroyable la différence de demandes de la part des patients.

E:j'aimerais savoir maintenant ce que vous pensez d'être rémunéré pour suivre des normes.

M8:ça fait son chemin, je pense que le paiement à l'acte n'est plus un paiement adéquat. Ça me dérange pas de prendre de l'argent en fonction de l'adéquation de mes pratiques avec ce que demandent les normes de bonne pratique puisque ces normes j'y adhère.

E:que pensez vous d'une pratique médicale qui serait basée sur le suivi de normes de pratiques?

M8:ne faire que ça ça me paraît impossible, je vois pas comment ça serait réalisable parce que l'immense majorité des plaintes n'ont pas de normes prévues pour leur prise en charge, on essaie de retrouver des choses euh... non je pense c'est impossible, ne serait-ce que parce que les patients ne pourraient pas tous se glisser dans toutes ces normes, dans certaines oui mais quand on voit la multiplicité des problèmes des patients, je ne vois pas comment on pourrait tout normer. Je pense qu'il va y avoir de plus en plus de normes de procédures à respecter mais impossible de normer tous les problèmes de santé, et puis il y a tous les petits problèmes: la petite fatigue du matin, les états d'âme, les frustrations qui sont totalement subjectifs. Mais qu'il existe de plus en plus de normes à suivre, de procédures qui seraient éprouvées comme la meilleure façon, la plus efficace de soigner les gens ça me dérange pas.

E:voilà j'ai abordé tous les thèmes que je souhaitais abordé, est-ce qu'il y a d'autres réflexions dont vous voudriez me faire part sur la notion de normes de pratiques médicales?

M8:euh non non, je pense que j'ai pu m'exprimer... Mais là, je me pose la question si je suis pas parti au départ sur un postulat qui n'était pas un peu faux sur les recommandations parce que «normes» n'est pas égal à recommandations parce que recommandations c'est une incitation, c'est: on vous recommande de faire ainsi, en fait c'est pas opposable, derrière le mot norme je vois quelque chose de plus contraignant...

E:d'accord.

M8:oui, oui mais c'est quand même des recommandations de bonne pratique et derrière on attend une adhésion puisque ce sont de bonnes pratiques. Je pense que c'est le critère économique qui agite un peu les esprits et qui nous fait craindre des sanctions mais des normes qui seraient pas opposables qui seraient basées sur notre objectif à tous quand même de bien soigner nos patients, qui seraient déontologiques, seraient peut-être même plus efficaces. On sent bien qu'il y a eu un emballement, cette liberté...la liberté totale c'est une immense chance mais c'est, c'est un truc très dangereux. Ce qui s'introduit et qui est un

peu difficile à gérer, c'est l'anxiété, c'est cette partie un peu irrationnelle du patient mais du médecin aussi, on le voit bien, notre comportement change quand il arrive un pépin. Quand ça roule bien, quand on a l'impression que tout roule bien, ça y est on se remet dans les normes, ok. Et là tout d'un coup patatras, y a un pépin et la norme elle empêche pas le pépin d'arriver. Mais par contre le pépin ça réveille l'anxiété et là on se remet en question, on peut sortir des normes, parce que ce qui compte c'est celui qui est en face et qui si il vous transmet son anxiété ou que vous êtes anxieux parce que vous avez eu un pépin et que ça vous a un peu fragilisé, là on sort des bornes, on sort des normes: si t'as ça ou ça, il faut faire ça, on peut être franchement déstabilisé par rapport à tout ça; l'incertitude, la gestion de l'incertitude qu'est-ce que c'est difficile.

E:mais si il arrivait un pépin, ça remettrait en cause l'idée d'appliquer les normes?

M8:non, non. Ça peut même, si on réfléchit bien, demander à ce qu'il y en ait plus comme le mec aux commandes de son avion, plus il sécure moins il y a de problèmes mais le problème c'est que la médecine c'est pas que de la technique comme pour une mécanique une voiture un avion, y a des réactions imprévisibles, c'est difficile de tout euh d'empêcher les pépins avec des normes, y aura toujours des pépins qui apparaîtront... peut-être moins souvent. Après faudra être suffisamment fort psychologiquement pour pas remettre toutes les normes en question. Euh j'ai une interne qui, récemment, a eu un pépin. De garde à l'hôpital, elle reçoit un gamin emmené par ses parents pour de la fièvre, ils avaient consulté leur médecin qui n'avait rien trouvé d'alarmant et qui lui avait prescrit des antipyrétiques, et donc ils consultent aux urgences de Mignot je crois, et là elle le renvoie à la maison sans antibio. Le soir il revient, il est reçu par un autre de mes internes et là branle bas de combat, réanimation, la totale mais finalement il meurt dans ses bras, en fait il a fait une pleurésie à staphylocoque je crois, un truc comme ça. Et ça, ça l'a dévastée parce qu'elle l'a vu en deuxième ligne et c'est peut-être elle qui si elle avait déclenché plus d'examens, ouais bon voilà. Ça l'a complètement cassée quoi, elle avait l'impression qu'elle avait suivi les normes, mais il en manquait une quelque part, il manquait peut-être de la clinique, il manquait un peu de peau, d'entendre sonner un signal d'alarme, voilà. Elle s' est dit si j avais mis le gamin sous amoxycilline pour sa rhino, il serait pas mort, alors que son TDR

était négatif, qu'il y avait aucune raison de le faire mais n'empêche que ça l'aurait sauvé si on lui avait mis un antibiotique sans trop savoir pourquoi on le fait quoi, et il faut réfléchir la-dessus. Ça veut pas dire qu'il faut donner un antibiotique à tous les mômes qui font une rhino, ça veut dire qu'il faut réfléchir: qu'est-ce qui a manqué comme examen, qu'est-ce qui a manqué comme bouteille... mais elle s'en est remise, heureusement. C'est comme ça la médecine chaque fois que vous voyez passer un truc chaque fois que... les normes c'est que: il faut examiner ses patients, la première norme c'est qu'il faut examiner ses patients et même s'il vient pour un truc banal, même si ils ont que le nez qui coule il faut les examiner, les interroger, c'est vrai que c'est notre boulot quoi. La première norme c'est de faire notre travail finalement et que ce sera jamais suffisant et ces normes ça s'apprend dans nos stages hein, quand on est en apprentissage avec des personnes qui ont de l'expérience, de la bouteille ils vous enseignent des petites règles comme ça qui épargnent bien des problèmes. Faut déshabiller les enfants, un gamin qui vient qui a de la fièvre faut le foutre à poil parce que il a peut-être un petit truc pétéchial dans un coin et que soit vous le sauver, soit vous lui donner pas sa chance quoi. Et puis aussi avec l'expérience, à force, il y a le petit truc qui s'allume, y a un truc qui est l'intuition qui est un truc qu'il faut balayer de l'enseignement mais n'empêche que quelque part cette petite lumière qui s'allume ça aide aussi, ouais faut pas en avoir peur.

Entretien n° 9

Identifiant	Sexe	Age	Localisation géographique	Département	Cabinet individuel /groupe	Durée	Particularités
M9	H	66	Urbain	78	Groupe	25'49	-

E:j'aimerais d'abord savoir ce que vous évoque le terme «normes»?

M9:pas grand chose en fait, bon, des normes de bonnes pratiques médicales mais si j'ai choisi de pratiquer la médecine libérale c'est pas pour être enfermé dans des normes justement, hein, voilà. Mais bon, les normes ça m'évoque une certaine logique qui doit être

observée dans la pratique quoi.

E:est-ce que vous avez l'impression d'être confronté à des normes de pratiques dans votre exercice de médecine générale?

M9:(silence). Oui, on est confronté déjà dans notre pratique quotidienne si vous voulez, c'est-à-dire que il y a des patients, eux, qui ont des demandes ou des exigences qui ne sont pas dans les normes de ce qu'on doit faire, on est obligé de recadrer hein. Pour vous donner des exemples, par exemple il y a des demandes insistantes de patients pour avoir certaines ordonnances, certains médicaments avec même disons des pressions, disant: ben si vous me donnez pas d'antibiotiques, je vais changer de médecin. Bon, il faut essayer de les recadrer, de leur expliquer et puis les normes c'est tout ce qui concerne la prévention, expliquer aux patients qu'il faut faire certains examens de dépistage, pourquoi il faut les faire, pourquoi je leur prescrit ça, voilà ça c'est la pratique un petit peu quotidienne.

E:d'accord ces normes de bonnes pratiques comme vous dites, comment elles influencent votre pratique?

M9:ben elles s'imposent un petit peu à nous, si vous voulez. Je pense que si, si je fais une prescription qui me paraît s'écarter de ce qui est bien pour le patient... c'est un petit peu le problème des prescriptions hors AMM...où on peut de temps en temps avoir des euh... regardez par exemple en ce qui concerne le baclofène ou des choses comme ça, récemment où on a pu être amené à prescrire des médicaments qui ne respectaient pas les normes justement enfin quand on dit les normes, on parle des normes admises par euh par la faculté.

E:les normes admises par la faculté?

M9:oui, je veux dire les normes qui sont faites par les universitaires, les institutions pensantes si vous voulez, c'est pas des normes qui sont établies par des médecins généralistes.

E:d'accord et ces normes vous les appliquez ou pas?

M9:j'adhère à certaines normes mais il faut voir euh quand, quand vous prenez certains médicaments, si vous voulez, il y a des choses où j'adhère moins bien en tant que généraliste, on nous a supprimé beaucoup de médicaments qui pour nous avaient une

utilité, qui étaient une alternative euh aux antibiotiques par exemple des choses qui étaient efficaces et brutalement sans nous demander... il n'y a jamais d'enquête si vous voulez auprès des médecins généralistes, les premiers concernés tout de même, et on vous supprime tel médicament parce que soit disant le rapport coût-bénéfice est pas bien ou qu'il ne faut plus donné de produits qui contiennent des antibiotiques locaux ou des choses comme ça si vous voulez. On a moins envie de respecter ces règles-là, forcément, on aimerait bien être consulté. Bon je viens de voir hier qu'un médicament comme le Rhinofluimucil, fallait plus le donner aux enfants de moins de quinze ans euh, bon ça fait des années qu'on prescrit le rhinofluimucil hein pffffff. Bon, je veux bien qu'on me dise il y a eu des problèmes avec des vasoconstricteurs mais bon c'était pas le médicament vasoconstricteur le plus puissant quoi.

E:le problème si je comprend c'est que vous êtes pas consulté pour l'élaboration de ces normes.

M9:oui je trouve que l'essentiel de ces normes ont quand même pour but de faire des économies et ça ne correspond pas toujours à une amélioration pour la qualité de nos pratiques et aussi je suis pas sûr que les gens qui prennent ces décisions-là sont forcément des gens de terrain, je pense par exemple à l'oropivalone un médicament qu'on avait avant et que je trouvais relativement efficace qui permettait de pas donner d'antibiotique et on vous supprime ça sans vraiment vous donnez d'argument objectif sur pourquoi on le supprime quoi.

E:d'accord euh d'accord, donc ce manque d'arguments et de consultation pour établir des normes c'est un frein pour vous pour les appliquer.

M9:ben oui, comme on n'adhère pas forcément ou complètement à ces normes qu'on veut nous imposer. Je souhaiterais qu'on me donne des arguments qui pourraient... et qu'on confronte à notre réflexion. Par exemple, ici on est un cabinet de 3 médecins, on peut échanger ce qu'on pense, ce qu'on ressent par rapport à ces normes sur les médicaments et on s'aperçoit souvent que par rapport aux normes qu'on nous impose soit par la Haute Autorité de Santé soit l'AFSSAPS voilà on peut se poser des questions. Par exemple, l'autre fois, on reçoit un papier de l'AFSSAPS comme quoi il fallait plus donner de coquelusédal

aux enfants, quelque chose comme ça, parce que ça contenait des terpènes, deux jours après on reçoit une mise à jour du laboratoire comme quoi le coquelusédal n'a jamais contenu de terpènes. Enfin, je veux dire qu'ils sortent une norme et ils n'ont même pas été vérifier que le produit dont on se sert depuis des années ne contenait pas de produit à base de terpènes, on a l'impression qu'on a des normes avant d'avoir l'étude du produit.

E:et comment vous pensez que ces normes sont établies?

M9:et bien justement, je n'en sais rien. J'ai pas l'impression si vous voulez qu'il y ait beaucoup de médecins de terrain qui soient à l'origine et qui siègent dans ces commissions. C'est important que ces normes soient adaptées à la pratique de terrain, il faut qu'elles nous apportent quelque chose, qu'on n'ait pas l'impression qu'elles viennent de nulle part.

E:et vous pensez qu'il y a plus de freins à appliquer les normes en médecine générale?

M9:je pense pas que ce soit plus difficile pour un médecin généraliste d'appliquer les normes mais je pense que dans certaines spécialités il y a beaucoup plus d'études qui sont faites et d'où il ressort que certaines normes s'imposent si vous voulez; en médecine générale, la pratique est beaucoup plus diversifiée et on peut pas mettre des normes pour tous nos actes. Aussi, il y a beaucoup d'éléments à prendre en compte et peut-être que certaines normes sont contrariées par ce qu'on sait par ailleurs du patient si vous voulez, il faut prendre en compte beaucoup de facteurs personnels au patient.

E:par exemple?

M9:oh ben par exemple son travail s'il a bien le temps de faire tous les examens préconisés, s'il a le temps de venir me voir régulièrement voilà.

E:d'accord euh, pourquoi à votre avis y a t'il un besoin d'établir des normes pour les pratiques médicales?

M9:oh ben parce que il peut y avoir aussi des dérives si vous voulez mais de toute façon le fait quand même d'avoir fait les études de médecine ça nous fixe quand même les barrières entre lesquelles notre pratique doit se maintenir et que bon il faut quand même respecter des règles tant sur le plan de la santé des gens que sur le plan économique, quand même de temps en temps vous avez des demandes qui vous semblent nettement abusives de la part des patients.

E:avez-vous le sentiment d'une incitation à suivre des normes de pratiques médicales?

M9:oui, ben oui.

E:vous pouvez m'en dire un peu plus?

M9:oui, par exemple quand vous avez des incitations de la sécurité sociale qui demande à ne pas prescrire de statines, des choses comme ça, alors que chaque fois que vous allez à une EPU avec des cardiologues et que tout le monde était d'accord pour dire que les statines avaient un vrai intérêt. On a aussi ce coté statistique si vous voulez que moi j'ai du mal à comprendre. On vous dit, par exemple, vous avez prescrit tel antibiotique tant de fois dans le trimestre, bon, si j'ai prescrit l'antibiotique c'est que j'ai pensé que les gens en avait besoin et ça ce sont des normes statistiques, on vous dit attention vos confrères du département ont prescrit deux boites de moins, ça me gène un peu, ça me semble pas très pertinent de calquer mes prescriptions sur ce que fait la moyenne de mes confrères, ça me semble pas être la solution ni pour améliorer la santé des gens ni pour économiser de l'argent. Par exemple, il y a des médecins-conseils qui vous disent: ne prescrivez pas d'antibiotiques, pour une angine, de première intention, vous le prescrirez lors de la deuxième consultation, ça me semble pas très logique, pas vraiment une façon de faire des économies. Et quand même, on a un peu d'expérience. Quand on a dix ans de médecine et qu'on a une déléguée de la sécurité sociale qui vient vous dire: voilà comment on doit traiter une sinusite aiguë maintenant, c'est peut-être des normes mais moi je les accepte pas bien... je pense que quand on fixe des normes ça devrait être concerté, on devrait en discuter avec les médecins de terrain pour savoir ce qu'ils en pensent et ça, ça me semble pas être le cas, c'est fait de façon unilatérale par une sorte de hiérarchie pyramidale avec peut-être des gens dans les commissions qui sont peut-être des sommités dans leur domaine si vous voulez mais euh qu'on ne voit jamais sur le terrain quoi.

E:j'aimerais qu'on parle du paiement à la performance mis en place par le CAPI et la nouvelle convention. Que pensez-vous d'être rémunéré en fonction de l'observation de normes de pratiques?

M9:Alors ça, je suis absolument contre. Bon, il faut dire aussi que moi je suis dans ma 66ème année et qu'on m'impose euh...enfin je trouve ça anormal qu'on nous donne des

primes pour suivre des bonnes pratiques si vous voulez, enfin des bonnes pratiques selon la sécurité sociale parce que c'est pas toujours évident que leurs normes correspondent à des bonnes pratiques; donc j'avais pas signé le CAPI et pour maintenant je continue ma pratique comme avant.(silence). Donc voilà je pense que c'est pas très moral de recevoir des primes pour bien faire son travail et encore moins pour suivre des normes qui sont pas toujours bénéfiques pour le patient.

E:bien, ok. Que pensez-vous d'une pratique médicale dont la base serait de suivre des normes?

M9:oh ben suivre simplement ce qui est inscrit dans les papiers de la sécu c'est pas la peine d'avoir fait des études de médecine pour ça hein...j'aurais vraiment l'impression de revenir aux officiers de santé qu'on avait euh avant si vous voulez. Bon moi j'ai aussi travaillé en milieu hospitalier et quand vous avez dans un service certaines règles que vous avez en staff et qu'on décide d'un certain type de protocole pour la prise en charge des patients dans le service, je trouve normal, si ça a été discuté, de suivre ces normes si vous voulez, mais encore une fois ce qui me gène ce sont les normes faites par la sécurité sociale; par exemple, un exemple qui me semble aberrant quand on vous dit qu'on va rembourser tant de bandelettes pour les diabétiques parce que c'est suffisant pour assurer un bon suivi de leur maladie, je ne comprend pas, je trouve que c'est aberrant...

E:c'est-à-dire?

M9:ben mettre un chiffre moyen comme ça, les patients sont différents les uns des autres si vous voulez, les patients qui se piquent à l'insuline si vous voulez, s'ils se piquent deux fois par jour, généralement ils font deux dextro; leur dire qu'ils auront deux cents bandelettes remboursées dans l'année ça n'a pas de sens, dans ma pratique quotidienne je me rend compte que ce que prescrit la sécu ne correspond pas à grand chose.

E:et pourquoi pensez-vous qu'ils mettent en place des normes?

M9:c'est évidemment pour réduire les dépenses, j'ai du mal à suivre des normes à but économique uniquement.

E:Ok, je souhaite revenir sur quelque chose que vous m'avez dit en début d'entretien. Vous me disiez que vous pratiquiez en milieu libérale justement pour pas être dans des normes,

vous pouvez m'expliquer un peu ce que vous vouliez dire.

M9:c'est que la médecine générale et libérale est très diversifiée donc encore ce que je vous disais tout à l'heure la notion de normes est plus vaste plus floue ben parce que je vois par exemple avec certains cardiologues qui me disent voilà il faut mettre une statine et moi je dis attention ce patient-là, la statine il la supporte pas, quand je vois un cardiologue ici qui dit on arrête une statine si les CPK dépassent dix fois la norme, ben moi j'ai des patients qui ont des myalgies, qui sont fatigués bien avant d'avoir dix fois la norme; donc la notion de normes il faut bien faire attention, on est là pour pondérer en médecine générale, on est là pour prendre le patient dans sa globalité et donc on est moins amené à suivre les normes purement livresque, purement dans des études, tout ça c'est fait sur du papier quand vous avez un patient qui a des crampes, des douleurs musculaires sous statines même sans voir les CPK ben vous arrêter les statines hein. On voit actuellement avec les nouvelles générations de cardiologues par exemple... moi je voyais régulièrement Kahn qui était le chef de service de cardiologie de l'hôpital de Poissy, on négociait la façon de prendre en charge de manière plus souple en intégrant les données sur le patient, maintenant il y a plus de concertations, on nous dit il faut faire comme ça point, c'est la norme et c'est pas discutable...

E:avez-vous d'autres réflexions sur la notion de normes pour les pratiques médicales?

M9:non, j'ai l'impression quand même qu'on est de plus en plus encadré mais ça peut aller quand même dans le bon sens mais la pratique libérale... vous voyez, moi ça fait 30 ans que je suis ici et quand je voyais les ordonnances de mes prédécesseurs, je me dis ils avaient quand même plus de liberté et je pense que le fait de rentrer quand même dans le domicile des patients, de voir dans quel contexte ils vivent, et le contexte c'est important aussi, et c'est des notions que les gens qui imposent les normes ne pourront jamais prendre en compte, toutes ces informations personnelles sur chaque individu ne sont pas prises en compte pour établir les normes mais nous on les prend en compte pour nos soins.

Entretien n° 10

Identifiant	Sexe	Age	Localisation géographique	Département	Cabinet individuel /groupe	Durée	Particularités
M10	H	63	Urbain	75	Groupe	11’49	-

M10:on va faire vite parce que je suis en retard.

E:ok. La première question que j'ai à vous poser c'est: que vous évoque la notion de «normes»?

M10:c'est un, comment dirais-je, c'est un bâti intellectuel sur lequel on s'appuie pour exercer la médecine générale, on utilise un certain nombre de règles, de normes pour les signes, les diagnostics et les traitements, on utilise des choses qui nous ont été enseignées à la fac pour l'essentiel et qu'on applique.

E:donc vous êtes confronté à cette idée de normes pour vos pratiques, dans votre exercice quotidien?

M10:on y fait pas attention, on le fait naturellement, dans notre esprit ce sont plus des normes, on les a intégrées et on les applique presque automatiquement. Ces normes correspondent à ce qu'il faut faire pour bien prendre en charge nos patients donc il n'y a pas vraiment de confrontations avec elles. Par exemple si j'ai un patient qui vient me voir avec une glycémie supérieure à 1g26 et bien je poursuis les investigations parce que la norme dit si la glycémie est supérieure à 1g26 il faut explorer. On applique des normes dans chaque domaine de la médecine comme on les a apprises, spontanément, on y réfléchit pas sauf dans quelques cas particuliers parce que ça change tout le temps...

E:c'est-à-dire ça change tout le temps?

M10:oui les normes elles peuvent varier dans le temps, par exemple les indications thérapeutiques, par exemple l'indication des radiographies, on ne fait plus de radio de sinus on fait des IRM etc, les normes changent au fur et à mesure donc bon, on les applique quand elles arrivent.

E:ok et toutes ces normes dont vous me parlez d'où viennent elles, qui les élaborent?

M10:c'est la Haute Autorité de Santé qui nous fait parvenir des courriers, qu'on lit en diagonale parce que il y en a beaucoup, d'ailleurs y a pas qu'eux qui nous écrivent, il y a la sécu qui nous envoie des directives aussi et les laboratoires et l'AFSSAPS nous envoient des précautions d'emploi etc.

E:et comment ces normes influencent vos pratiques?

M10:ben on en tient compte oui, on essaie d'en tenir compte, la médecine générale est très diverse, très riche, il y a beaucoup de signes dans tous les domaines donc c'est difficile d'être au dernier cri de la norme et ça varie tout le temps ça évolue vite...mais dans certains cas, on passe outre, des cas rares mais toujours de façon sensée et justifiée je pense. Vous voulez un exemple?

E:oui.

M10:le traitement des infections urinaires c'est une antibiothérapie sur une durée courte selon la norme. Or il se trouve que des personnes qui ont des infections récidivantes si je les traite un ou deux jours par semaine et bien ils n'en font plus mais ça ne correspond pas à ce que veut la norme, on n'a pas le droit, c'est bête. Donc je leur prescris un antibiotique pour quinze jours mais ils le prennent deux jours par semaine sur quinze semaines, je leur explique pourquoi mais je prescris pour quinze jours et si je suis contrôlé je ne risque rien, c'est con hein, mais les exemples sont multiples, par exemple, quelqu'un qui tousse depuis quinze jours qui n'en peut plus de fatigue et que je suis obligé d'arrêter, si je lui met un corticoïde en spray pour le faire arrêter de tousser c'est mieux que de l'arrêter encore quinze jours mais ça ne respecte pas les normes, je le sais. Mais globalement je suis les normes, je vais pas filer ça sur un ulcère, c'est évident.(une sonnerie provient de l'ordinateur du médecin).Chaque fois que ça sonne c'est un patient qui arrive.

E:d'accord.

M10:allons-y, continuons.

E:pourquoi ce besoin de normes pour encadrer la pratique médicale?

M10:oh, ben parce que la médecine progresse et qu'il y a des recherches, des avancées thérapeutiques et qu'il y a des modifications des nouveaux traitements avec des effets secondaires moindres et des examens complémentaires plus performants donc c'est normal

d'appliquer ce qui est le plus performant, vous trouveriez normal d'appliquer des traitements tout en sachant qu'aujourd'hui il existe d'autres médicaments qui ont plus d'efficacité, notre boulot c'est quand même de nous occuper de la santé de nos patients au mieux des possibilités de la science donc on doit respecter ces règles de bonnes pratiques.Tout ça, c'est fait par des gros pontes qui passent leur vie à faire ça et qui le font bien donc ça me paraît normal, il faut qu'il y ait une règle de bonne pratique de la médecine, on peut pas faire autrement.

E:est-ce que vous avez le sentiment d'une incitation à suivre des normes de pratiques médicales?

M10:(silence)euh, oui, mais je dirais pas une incitation mais plutôt une menace, si on fait hors normes, de la part des caisses...

E:c'est-à-dire qu'est-ce que vous risquez?

M10:et bien je n'ai pas le droit de le faire et il y a le médecin-conseil qui vient me voir et me dit et bien vous n'avez pas le droit de faire ça, vous avez prescrit tant de boites vous avez pas le droit, ils mettent une pression pour qu'on ralentisse mais c'est pas lui qui soigne hein, lui il soigne ses comptes moi je soigne des gens...je pense qu'il n'est pas vraiment objectif, sa visée est économique, ce contrôle est économique, c'est pas pour l'intérêt de la personne, c'est pour l'intérêt de la société.

E:oui

M10:par exemple, ils ont supprimé un antalgique de niveau deux donc il en reste quelques autres et ils viennent me voir en disant prescrivez le moins cher, je veux bien mais: excusez-moi, vous avez supprimé celui qui était très efficace et pas cher du tout et maintenant je n'ai plus le choix qu'entre deux, je choisis celui qui est le plus efficace, j'ai encore une pression de leur part pour ça, ils veulent établir des normes de pratiques mais à but économique.

E:vous trouvez qu'il y a une vraie différence entre les normes des grands pontes et celles des caisses si je...

M10:on finit par en tenir compte, la boite que ma secrétaire m'a apporté tout à l'heure c'est pour savoir si l'angine est à streptocoque, il y en avait plus donc manifestement je les

utilise, c'est que ça rend service donc voilà. Mais non, quand même la sécurité sociale c'est un organisme extraordinaire que beaucoup nous envient, qui a des défauts mais qui a de grosses qualités, ça permet de prendre en charge des pathologies qu'on ne pourrait pas prendre en charge sans elle mais il y a plein de petits défauts au quotidien. Vous savez je suis retraité actif si ils me font trop de, de, pour pas être grossier, de misères, et bien je m'en vais, c'est simple je suis à la retraite alors...mais j'ai toujours fait comme ça vous savez j'ai pas changé mon activité, ils ont beau menacer, je continue à exercer la médecine qui me paraît efficace et sensée.

E:je souhaiterais vous poser une question sur le paiement à la performance. Que pensez-vous de...

M10:l'idée ne me plaît pas du tout, je vois pas pourquoi je serais payé à la performance, je suis là pour soigner des gens. Quand quelqu'un vient et qu'il a un problème aigu, je vais lui faire une IRM? Ah! Non, c'est pas possible pour ma prime donc je vais lui faire une radio? Mais, ah non, on n'a pas le droit alors je lui dit: écoutez prenez une aspirine et revenez me voir dans huit jours , c'est pas possible, c'est pas possible, je travaille pas pour la performance.

E:parce que vous avez l'impression que la performance est jugée sur des critères économiques?

M10:c'est bien sûr des performances économiques qui sont rétribuées c'est pas des performances médicales.

E:ok et que pensez vous d'une pratique basée sur des normes de pratiques?

M10:c'est très contraignant, oui c'est très contraignant et puis ça serait pas efficace, si on observait de façon stricte des normes. Non, on peut pas faire ça en médecine libérale et ça me paraît difficile d'avoir une médecine de normes comme dans les pays à haute euh pression socialiste sur la médecine; moi je suis essentiellement libéral, je pense que les gens font, quand on les laisse faire pour leur intérêt, il le font bien; j'ai toujours fait une médecine comme j'aurai fait pour moi, on est responsable de nos patients et on n' a pas besoin de nous faire suivre des normes de façon autoritaire ou même nous inciter par une carotte pour bien soigner les gens, si vous prescrivez un médicament hors AMM s'il l'avale

de travers c'est terminé mais on le fait parfois parce qu'on sait que c'est dans l'intérêt du patient mais on essaie de se couvrir..Mais on essaie de respecter le plus possible les normes de bonnes pratiques.

E:est-ce que vous avez d'autres réflexions sur cette idée de normes de pratiques médicales dont vous voudriez me faire part?

M10:je dirais juste que la médecine générale va mal.

Entretien n° 11

Identifiant	Sexe	Age	Localisation géographique	Département	Cabinet individuel /groupe	Durée	Particularités
M11	F	44	Rural	78	Individuel	17’39	-

E:la première chose que j'aimerais savoir c'est ce que vous évoque la notion de «normes».

M11:la première chose que cela m'évoque c'est les normes sociales, les règles que l'on doit respecter pour vivre en société. Ensuite ça me fait penser aux normes biologiques et ce qu'on doit en faire.

E:et que vous évoque l'idée de “normes de pratiques médicales”?

M11:alors pour moi ce sont les règles de bonnes pratiques diffusées suite aux études qu'ont pu faire tous nos universitaires, sociétés savantes etc, qui quelques fois nous gênent quand même. Bon, ce sont de bons guides, mais pour la pratique quotidienne, elles ne sont pas toujours adaptées et il y a aussi les normes imposées par les autorités sanitaires comme pour les prises en charge, comme pour les examens complémentaires qu'il faut demander et pour lesquels on est parfois limité, c'est des normes financières finalement. Donc tout ça fait partie des règles de pratiques auxquelles il faut essayer de s'astreindre.

E:Pour votre exercice quotidien, vous êtes donc en contact avec des normes de pratiques médicales?

M11:oui, les normes issues des études, enfin qu'on voudrait nous faire prendre comme des normes, en fait quand on les reçoit, au premier regard, à priori je les vois comme des

normes, des règles qu'il faut que je suive pour bien soigner mes patients mais, dans nos pratiques, elles ne sont pas toujours tenables au quotidien, il y a quand même des normes diffusées par les sociétés savantes qu'on ne peut pas appliquer parce que soit c'est trop pointu, c'est trop compliqué pour les gens ou ça revient trop cher. Il y a des protocoles qu'il faudrait suivre normalement mais, en pratique, c'est pas toujours faisable et quand on s'en sert, quand on les suit, parfois au bout d'un certain temps on s'aperçoit que c'est inadapté, par exemple il y a certains protocoles un peu lourds qui ne favorisent pas l'observance par les patients, parfois on s'aperçoit aussi que les protocoles étaient erronés, ça peut arriver de temps en temps mais c'est comme ça que ça évolue parce que l'expérience de ces protocoles remonte ensuite et de nouvelles études sont faites.

E:comment ces normes influencent-elles vos pratiques?

M11:en fait, toutes ces études scientifiques qui permettent d'établir des normes sont quand même bien pratiques pour nous, c'est avec ça que la qualité de nos pratiques progressent sinon on fait chacun ce qu'on veut dans notre coin et c'est n'importe quoi et les patients sont plus ou moins bien soignés en fonction du médecin qui les suit, non ça n'a pas de sens, on a besoin de savants, d'experts qui réfléchissent pour nous donner la voie à suivre pour avoir des pratiques efficaces de bonne qualité, mais après on est libre d' adapter sa pratique aux situations parfois plus complexes qu'on rencontre, enfin pour l'instant et on espère que ça va continuer comme ça. Donc moi je les applique clairement mais comme elles sont parfois, en fait assez rarement, inadaptées du moins pas exactement applicables à la situation rencontrée, je garde une certaine liberté. Je me sens pas dans l'obligation de les appliquer systématiquement, il faut savoir ne pas être complètement obnubilé par les recommandations, parfois il sort des études qui donnent lieu à des recommandations et on se lance tous là-dedans et puis finalement, au bout de 6 mois ou 1 an ou 2 ans, on trouve que ça sert pas à grand chose ou qu'on s'est fourvoyé etc, y compris souvent les gens qui, eux-mêmes, ont sorti ces recommandations parce que eux-aussi continuent à travailler, mais ça c'est la médecine hein.

E:quels freins voyez vous à l'application de normes en médecine générale?

M11:le premier frein c'est le fait que nous sommes ici loin d'une grosse ville, les gens font

beaucoup de kilomètres parfois pour venir et il y a certains tests qu'il faudrait parfois appliquer dans des services pointus avec un important plateau technique et donc, des fois, on essaie de se débrouiller autrement parce que c'est pas faisable, donc le premier frein c'est qu'on n'a pas forcément accès rapidement et à proximité à toute la technologie nécessaire pour suivre les protocoles établis par les sociétés savantes. Le deuxième frein pour moi, c'est que c'est bien de suivre la science mais les gens ont aussi leur vie et il faut essayer d'adapter.

E:c'est à dire?

M11:ben parfois je décide de pas prescrire certains examens parce que, pour le faire, le patient doit prendre deux jours d'arrêt de travail pour aller à Paris. Enfin, dans tous les cas importants, on le fait bien sûr hein, mais quelques fois on peut se permettre de temporiser et de voir ce qui se passe. Mo,i je suis beaucoup de patients ayant des maladies chroniques en fait, les recommandations pour l'observance des traitements, et bien on dit qu'en moyenne il faudrait voir les gens tous les 4 mois pour qu'ils tiennent à peu près leur traitement euh tous ceux qui vont bien je ne les vois que tous les 6 mois, j'adapte ma pratique en fonction de mon propre jugement de la situation...

E:...

M11:sinon il y a des patients aussi qui souhaiteraient avoir la solution maintenant tout de suite hein et qu'on les guérisse avec un comprimé et puis voilà et avec eux on a des difficultés à bien leur faire suivre les différents protocoles, alors on essaye de les convaincre et puis si je sens que de toute façon...et bien je lui dis maintenant c'est à vous de prendre la décision, je lui dis qu'il faudrait faire comme ça et voici les implications que ça donne...parfois je leur laisse un peu de temps de réflexion et je les revoie après et on en reparle, je pense qu'il faut laisser du libre arbitre aux gens sauf quand la vie est en danger, d'ailleurs même quand la vie est en danger, c'est quand même les patients qui décident s'ils font ou s'ils font pas les choses hein, on va pas les faire pour eux... j'essaie de les convaincre quand même parce que je pense que c'est ce qu'il faut suivre pour une bonne qualité de prise en charge mais c'est à eux de choisir.

E:ces freins dont vous m'avez parlé ce sont des freins spécifiques à la médecine générale?

M11:euh...non, ce sont des freins liés à la pratique de la médecine, pour la médecine générale euh... peut-être euh, oui, peut-être que les différentes études scientifiques sont faites à l'hôpital et les patients qu'on y rencontre sont différents de ceux qu'on voit en médecine ambulatoire, il y a une généralisation des résultats de ces études à nos patients de ville... oui peut-être ça, on peut se demander si elle sont valables pour nous aussi, mais pour être honnête ça remet pas vraiment, à mes yeux, leur valeur.

E:est-ce que vous avez le sentiment d'une incitation à suivre des normes de pratiques?

M11:ah complètement oui, complètement, avec à la fois les recommandations et les normes de la sécu et je pense que ça va aller encore plus dans ce sens-là parce que on va être obligé de suivre des démarches qui sont formatées pour éviter les dérives financières je pense que le problème va être là hein. Alors des fois, nous-mêmes, on réfléchit, même souvent: est-ce que ça vaut le coût de faire ça ou ça. On se retrouve avec une espèce de dichotomie entre ce qui est recommandé... et quand vous allez à des réunions de formation ou des congrès etc etc, il y a tout ce qui est dit et c'est pas forcément tenable en fait hein, il y a des normes établies mais dans une situation idéale, théorique où le patient serait compliant à tout ce qu'on lui demande, où on aurait à proximité toutes les techniques d'exploration nécessaires et où les finances ou les pressions de la sécu n'existeraient pas.

E:donc vous ressentez une incitation à suivre des normes de pratiques de la part de la sécu.

M11:oui de la sécu et de l'état aussi, enfin de ceux qui sont en charge de surveiller les dépenses sanitaires. Leur objectif c'est de faire des économies, mais bon pour que le système perdure; mais ils essaient quand même de se baser sur les études scientifiques mais on a quand même l'impression que c'est des gens qui sont assis dans des bureaux et qui ne savent pas ce qui se passe sur le terrain, ils prennent des dossiers mais il interrogent pas les gens qui sont en contact avec la pratique, ce sont des experts... alors on a les experts qui sont nos leaders d'opinion si on peut dire et eux ont beaucoup plus conscience de ce qui est pratique mais après les experts de la sécu n'ont aucune vision de ce qui se passe sur le terrain et on a encore plus l'impression avec l’Europe que tout va devenir encore plus théorique.

E:que pensez-vous d'une pratique médicale qui serait basée sur un suivi des normes?

M11:je pense qu'on va y arriver petit à petit mais je pense que, plein de fois, ça va nous poser des problèmes parce que les êtres humains ne sont pas formatés que ça soit sur le plan relationnel, rien que sur le plan relationnel avec les gens hein psys ou autre. Il faudrait, enfin si on en arrive là, il faudrait qu'il y ait des marges, il faudrait pas que ce soit trop rigide. Quand on lit par exemple ce qui se passe au Royaume-Uni, on a vraiment l'impression que: dans tel cas on fait ça, dans tel cas on fait ça, bon c'est ce qu'on lit hein on le vit pas au quotidien et on dit pouf, mais bon, finalement, on va où, hein? Cela dit à coté de ça, pour nous, ça serait plus confortable, on aurait moins de dilemme de conscience. Mais pour les médecins à l'heure actuelle je pense pas, c'est pas pour ça qu'ils ont fait ce métier, il y a besoin de réflexion personnelle, de réflexion en collaboration avec les patients, on n' est pas de simples agents d'application de normes.

E:j'ai abordé euh tous les thèmes que je souhaitais qu'on aborde dans cet entretien, est-ce qu'il y a des réflexions particulières dont vous voudriez me faire part au sujet de cette idée de normes de pratiques médicales?

M11:... oui, en fait, toutes ces normes qui existent pour expliquer ce qu'il faut faire pour assurer de bons soins, je trouve qu'on ignore quand même beaucoup la notion de qualité de vie des patients, je pense notamment aux situations un peu dramatiques, aux pathologies qui demandent des traitements lourds et qui en eux-mêmes peuvent être source de souffrances pour des résultats parfois assez peu importants. En fait, là je trouve que toutes ces normes qui se fixent somme toute sur l'idée de maladie, c'est la maladie que l'on veut combattre, néglige un peu la qualité de vie des patients et leur propre choix sur un niveau plus existentiel si on peut dire... voilà.

Entretien n° 12

Identifiant	Sexe	Age	Localisation géographique	Département	Cabinet individuel /groupe	Durée	Particularités
M12	F	58	Urbain	92	Individuel	15’35	-

E:j'aimerais savoir d'abord ce que vous évoque le mot «normes», quelle signification vous lui donnez?

M12:c'est une notion que je trouve vraiment inquiétante surtout en médecine parce que on est amené à voir tout et n'importe quoi, donc c'est toujours inquiétant pour un médecin de parler de normes, oui.

E:à quoi vous pensez exactement quand vous me dites cela?

M12:je pense et bien aux normes qu'on veut nous imposer de toutes parts et de la sécurité sociale en particulier, voilà.

E:et que signifie, pour vous, l'expression «normes de pratiques médicales»?

M12:oui. Comme je vous dis, moi, c'est quelque chose qui m'inquiète beaucoup.

E:donc vous avez l'impression d'être confronté à des normes de pratiques médicales dans votre exercice?

M12:ben oui, oui, enfin on veut m'obliger à m'y soumettre, ce qui n'est pas toujours facile, c'est pas que je ne veuille pas mais c'est pas toujours facile...

E:c'est pas toujours facile de suivre les normes?

M12:oui, c'est pas toujours facile de suivre les normes surtout quand on est généraliste, ce qui veut dire que vous avez un champ d'investigation qui est très vaste, illimité. Je pense que c'est plus facile pour un médecin spécialiste que pour un médecin généraliste, parce que norme ça veut dire savoir ce qu'il faut faire, et pour un médecin généraliste c'est très compliqué, notre champ n'a pas de limites. D'abord il n'y a pas de normes pour tout ce qu'on rencontre dans notre pratique mais même s'il y en avait comment voulez-vous que je connaisse toutes les normes, faudrait qu'à chaque problème particulier, il faudrait que je relise toute la norme, pour pouvoir l'appliquer, ça vous semble possible vous?

E:et donc c'est ça qui vous inquiète par rapport aux normes?

M12:oui absolument, on a le sentiment qu'on nous demande d'avoir des pratiques de plus en plus formatées mais c'est pas possible d'y arriver.

E:et ces normes dont vous parlez d'où proviennent-elles?

M12:ben de la sécu essentiellement mais aussi de l'AFSSAPS, de la HAS voilà des choses comme ça...

E:et comment elles sont élaborées ces normes de pratiques médicales?

M12:ben on se demande parfois, c'est pas toujours très clair, c'est pas très clair ouais; et y a parfois les politiques aussi, par exemple il y a quelques années, les tests HIV, on devait demander l'autorisation pour demander un test HIV alors qu'on devait pas le faire pour le cholestérol ou une syphilis ou n'importe quoi, il y a des choses qui nous sont imposées des fois, je ne sais pas pourquoi, c'est pas toujours logique, c'est pas souvent justifié et expliqué.

E:et comment vous obtenez ces différentes normes?

M12:ben, théoriquement, je devrais les connaître, comme par exemple les déclarations d' ALD, mais je les connais pas vraiment, je travaille comme ça; en théorie, je devrais les connaître mais je ne les connais pas. Si je devais les appliquer à chaque fois, je devrais les relire ce qui me prendrait un temps fou, ça ferait des consultations qui dureraient une heure...

E:...

M12:ben, on les trouvent sur les sites de la sécu, de la HAS etc.

E:ces normes de pratiques, elles influencent vos pratiques?

M12:non attendez, je vais vous donner des normes, ça c'est des normes euh, j'ai gardé ça depuis longtemps, je sais pas pourquoi c'était là-dessous, voilà c'est une plaquette qui vient de la sécu sur l'ostéodensitométrie et à qui il faut la faire, si vous arrivez à y comprendre quelque chose voilà, moi je veux bien mais c'est incompréhensible; multipliez ce genre de choses et c'est infernal.

E:donc ça n'influence pas votre façon de pratiquer?

M12:mais non, c'est pas possible, si je devais respecter les normes, il faudrait que je reste environ 1heure et demi avec chaque client pour ne pas avoir d'interférences entre les

médicaments par exemple, c'est complètement irréaliste, c'est clairement inadapté à notre pratique, on n'a pas le temps. Bon y'a, y'a des grandes lignes qu'on suit, voilà et encore les grandes règles de prise en charge elles sont mouvantes, ça change avec le temps, ça peut changer d'une année à l'autre, par exemple pour les problèmes d'hypertension ça peut se modifier beaucoup, y a des modes en médecine.

E:vous pouvez me donner des exemples de grandes lignes?

M12:oh je sais pas vraiment, comme ça euh...par exemple, on doit pas prescrire d'antibiotiques systématiquement sur des angines parce qu'elles sont pour la plupart virales et donc on doit faire des tests de dépistage rapide pour dépister le streptocoque euh... il faut essayer de prescrire des génériques, d'ailleurs on devrait maintenant prescrire en DCI, ça nous complique vraiment les choses.

E:euh... précédemment, vous m'avez cité quelques freins à l'application de normes de pratiques en médecine générale, vous en voyez d'autres?

M12:non le problème c'est surtout un manque de temps, c'est pas qu'on ne veut pas c'est qu'on ne peut pas...

E: pourquoi il existe des normes de pratiques médicales?

M12:ben, c'est censé aller dans le sens de la qualité des soins parce que ces normes nous disent ce qui est le mieux si vous voulez, ça a été étudié comme étant le plus rentable, le plus adapté mais, si vous voulez, si ça va prendre trop de temps, si c'est chronophage ça peut pas être, disons, appliqué, c'est pas possible, c'est pas possible, il faut des choses claires, simples... Je pense que c'est des fonctionnaires ou des gens qui veulent absolument, des gens qui disent ben il faut faire comme ceci comme cela, des gens qui disent: ben faut rajouter encore un enseignement en plus parce que la fac ça suffit pas; si on les écoutait, on aurait des études qui durerait 25 ans et vous seriez pas plus formé pour autant, beaucoup de choses s'apprennent sur le terrain quand même, ils ont une vision un peu idéale et théorique des choses, ils sont un peu dans leur bulle, si vous voulez, dans leur petit bureau et ils ont pas une vision de ce qui est pratique.

E: et donc c'est pour ça que vous pensez qu'il existe des normes.

M12:oh, il y a des normes pour des raisons essentiellement économiques voilà.

E:et est-ce que vous avez le sentiment qu'il existe une incitation à suivre des normes?

M12:ah oui, si on suit pas les normes on se fait étriller par la sécurité sociale, enfin moi ça ne m'est pas arrivé parce que je suis... je pense être dans la norme malgré tout. Bon on voit des gens qui sont plus laxistes et qui sont parfois, disons euh, épinglés par la sécu et qui j'imagine doivent rembourser des prescriptions, disons, inadéquates ou trop laxistes hein.

E:trop laxistes?

M12:oui, il y des médecins qui cèdent facilement aux demandes des patients ce qui les fait sortir des normes de la sécu.

E:d'accord, mais comment vous expliquez que vous avez l'impression d'être dans les normes tout en les connaissant pas bien?

M12:personne ne peut connaître toutes les normes c'est impossible, c'est impossible, personne ne peut connaître tout ce qu'il y a à appliquer.

E:mais pourquoi vous avez le sentiment d'être dans la norme quand même?

M12:ben j'ai le sentiment d'être dans la norme parce que je lis beaucoup de choses quand même, j'ai l'impression de me tenir au courant de ce qui se fait. Mais si vous prenez mes ordonnances, je suis sûr qu'il y a plein de choses condamnables mais c'est comme ça.

E: et ces incitations à suivre des normes ça vous semble utile?

M12:(silence).Euh je comprends pas bien: est-ce que c'est utile? à quel point de vue?... parce que la sécurité sociale se fiche pas mal de nos pratiques médicales, ce qui l'intéresse c'est juste de faire des économies, ils s'occupent que de leurs comptes, il se fichent complètement de la qualité des soins parce que quand vous voyez les objectifs qui nous sont fixés par la nouvelle convention médicale c'est clairement pas leur problème hein, leur problème c'est de maîtriser les dépenses de santé c'est tout. Quand je regarde dans la nouvelle convention, sur quels critères les médecins vont être payés c'est n'importe quoi, c'est une vraie machine euh, usine à gaz.

E:et donc justement qu'est-ce que vous pensez d'être payé pour suivre des normes?

M12:ben, la nouvelle convention, moi je l'ai pas appliquée encore et je sais pas si je vais rentrer dedans parce que ça me plaît pas du tout.

E: cette idée de paiement à la performance ne vous plaît pas?

M12:quelle performance, quelle performance, c'est une performance d'économies.
E:et que pensez vous d'une pratique médicale qui serait basée sur le suivi de normes?
M12:ben je pense que les technocrates qui pondent ces normes restent des technocrates c'est tout c'est pas des médecins, c'est clairement pas à des gens dans des bureaux à nous dire comment pratiquer la médecine, ils ont un savoir économique bien sûr, mais pour ce qui de la médecine hein.
E:voilà, je vous ai posé toutes les questions que je souhaitais vous poser, est-ce que vous avez d'autres réflexions sur l'idée de normes de pratiques dont vous voudriez me faire part?
M12:(silence).euh, non comme je vous ai dit on peut pas connaître toutes les normes parce qu'elles sont pas claires et que ça prendrait trop de temps de les regarder à chaque consultation, on peut à la rigueur demander des choses plus formatées pour les spécialistes mais pour les généralistes c'est mission impossible, notre champ d'intervention est beaucoup trop vaste, c'est immense, je pense que c'est plus facile d'appliquer des schémas quand on est spécialiste. Moi, pour ma pratique, je me base essentiellement sur ma formation à la fac même si c'est un peu loin, et pour les évolutions des pratiques, je me tiens au courant par l'intermédiaire de la presse médicale, pour moi c'est l'essentiel.

Entretien n° 13

Identifiant	Sexe	Age	Localisation géographique	Département	Cabinet individuel /groupe	Durée	Particularités
M13	H	58	Rural	78	Individuel	43’27	-

E:j'aimerais d'abord savoir ce que signifie pour vous la notion de «normes»?
M13:euh, les normes dans notre métier? Je dirais qu'à priori ça m'évoque plutôt des contraintes; donc c'est suivre des schémas pré-établis d'une part et il y a d'autres normes qu'on s'impose nous-même, dès le départ, qui sont finalement notre vision personnelle de ce que doit être la pratique médicale, hein. Mais malheureusement, ces deux types de normes ne se rencontrent pas toujours... mais de plus en plus quand même parce que dans toutes ces normes qu'on essaye de nous imposer les recommandations etc, il y a quand

même beaucoup de cohérence.

E:oui.

M13:il y a des choix qui ne sont pas forcément mes choix notamment au niveau thérapeutique mais dans l'ensemble ça me paraît pas mal; le problème des normes c'est qu'elles ne sont jamais en temps réel par rapport aux avancées de la science, là je parle des normes qu'on veut nous imposer, les recommandations et puis il y a la sécu, puisque avec la nouvelle convention, on nous impose de plus en plus un modèle de prise en charge mais bon les normes de la nouvelle convention c'est un peu à part parce que c'est pour gagner du fric en plus. D'ailleurs, je trouve ça assez navrant qu'on nous propose de l'argent sur un plan éthique, et même sur un plan moral: qu'on nous propose de l'argent pour ce qu'on est censé faire, ça double la volonté d' imposition de normes, de façon beaucoup plus insistante que pour les recommandations. Je cite un exemple: les génériques, bon ça c'est pas récent mais ils l'ont remis, pour gagner quelques points qui seront transformés en espèces sonnantes et trébuchantes, on nous oblige entre guillemets puisque on a quand même le libre choix de suivre ou pas, il y a pas de sanctions, on nous impose, comment dirais-je, de prescrire 90% des antibiotiques en génériques directement alors que la substitution elle est faite en pharmacie sauf demande expresse du patient euh, donc je trouve ça un peu navrant pour ne pas dire complètement inutile.

E:Et pourquoi ça vous semble navrant d'imposer la prescription d'antibiotiques génériques dès le départ?

M13:non, mais j'aime pas qu'on me le dise et surtout dans l'optique de gagner de l'argent et dans la mesure où j'estime que à partir du moment où on a signé un contrat avec la sécu euh... à la limite pourquoi, de leur coté, ils nous imposeraient pas les choses avec des sanctions, qui existeraient dans les textes ce serait plus honnête... par exemple, pour le nombre d'indemnités journalières: ils en sont à nous proposer un nombre de jours d'arrêt-maladie en fonction de la pathologie, c'est assez aberrant, alors déjà, on justifie l'arrêt et la durée de l'arrêt par les mentions médicales qui sont en bas de l'arrêt de travail donc euh pourquoi nous payer. Moi j'étais contre le CAPI, qui avec cette convention devient institutionnalisé d'ailleurs, donc pourquoi la sécu dépense de l'argent pour nous imposer

certaines choses qui finalement pourraient être prévues dans le contrat donc je trouve ça assez choquant et un peu bébête hein, je crois qu'ils essayent de nous acheter pour nous discréditer.(silence). Sans compter que leur façon de faire pour imposer des normes c'est assez vicieux quand même, pour exemple, on a le droit de ne pas être informatisé mais il faut qu'on s'informatise, moi je le suis pas; moi j'ai un problème je suis en rupture de certains formulaires et j'ai appelé la sécu, ils m'ont dit: non, maintenant on ne prend plus de commandes par téléphone, il faut soit faxer soit passer par internet, je leur dit: moi j'ai ni l'un ni l'autre alors on me dit: envoyez-nous un courrier, et ça fait 20 jours que j'ai pas de retour, rien du tout; alors d'un coté on nous appâte en nous disant si vous êtes informatisés vous allez gagner de l'argent mais, de fait, le choix n'existe plus puisque si vous l'êtes pas on vous rend tout très compliqué, mais bon c'est pas des choses très très grave. Donc il y a pour moi des normes qui ne devraient pas exister, des normes qu'on s'impose à nous même: on se regarde dans la glace et puis il y a les recommandations qui sont d'autres normes voilà, mais je dois dire que maintenant quand on rédige une ordonnance la plume hésite de plus en plus et l'hésitation est une source d'erreurs.

E:pourquoi vous avez l'impression d'hésiter de plus en plus?

M13: parce qu'on sait qu'il y a un certain nombre de normes à respecter et donc on a un peu peur. Je vous donne un exemple, l'hypercholestérolémie, bon vous avez des gens qui viennent et qui vous disent bon je voudrais un bilan et là on trouve du cholestérol, on leur explique ce qu'il faut manger ou pas mais: un quand on fait un dosage et qu'on n'a pas de référence antérieure, on ne sait pas depuis combien de temps le patient a une hypercholestérolémie, on va pas d'emblée mettre 1500 euros pour faire un bilan cardiovasculaire sauf si on a déjà un point d'appel au niveau des symptômes cliniques, et bien, on n'a pas le droit de prescrire d'emblée une statine, on nous demande d'attendre 6 mois. Tout le monde pensait que c'était complètement con et un de mes collègues a reçu une lettre de la sécu lui disant: comment ça se fait que vous avez prescrit une statine d'emblée, voilà c'est ça qui nous fait hésiter, quand on prescrit on ne sait plus trop ce qu'on peut faire ou pas et quelles sanctions on risque, et à mon avis c'est pas étranger au phénomène de burn-out des médecins.

E:je voudrais revenir sur les recommandations dont vous m'avez parlé comme de normes qu'on veut vous imposer, vous pouvez m'expliquez?

M13:oui, oui, oui, on sent bien derrière la multiplication de ces recommandations qu'il y a une volonté de normer notre pratique et pour une maîtrise comptable ce qui n'est pas forcément une grossièreté hein, la maîtrise comptable euh; bon, ce qui m'intéresse quand même dans les recommandations ce sont les arbres décisionnels, ça c'est un outil qui peut être amélioré bien sûr, d'autant plus qu'on les a toujours avec retard. C'est intéressant quand même d'avoir une référence qui nous dise ce qui a été éprouvé comme étant efficace et dans l'intérêt de la santé du patient mais on se dit que tout n'est pas très net notamment depuis le syndrome Servier dans la mesure où la dernière recommandation sur le diabète, on doit l'avoir incessamment sous peu la dernière, mais l'avant dernière a été invalidée uniquement pour une raison de conflit d'intérêt alors qu'elle était médicalement cohérente et qu'elle correspond bien à notre prise en charge du patient qui doit être globale et pas seulement centrée sur la pathologie. C'est un moyen aussi pour vérifier nos pratiques et voir si on est sorti des rails si on a rien compris ou pas. Mais les critères de diagnostic sont parfois assez farfelus mais bon, il y a euh... l'arbre décisionnel, l'arbre décisionnel c'est très bien. Et les recommandations ça va également jusque dans le choix des médicaments dans un ordre très précis, comment voulez-vous ne pas percevoir ça comme une volonté de normer nos pratiques, d'ailleurs leur norme n'est pas toujours compatible à mon sens avec l'actualité thérapeutique, les progrès dans ce domaine sont rapides et euh... force est pour nous de euh, je dis nous parce que on pense à peu près tous la même chose de, de constater que le message ne passe pas forcément dans les mains des spécialistes, or dans un certain nombre de pathologies, moi j'aime bien travailler en équipe, et que je me vois mal envoyer quelqu'un chez un spécialiste et ensuite discuter face au patient de la normalité entre guillemets de son ordonnance, on perd beaucoup de pouvoir de décision, on nous dit: ben si vous êtes pas d'accord avec les propositions thérapeutiques du spécialiste alors pourquoi m'avez-vous envoyé chez ce spécialiste?

E:vous avez l'impression que les spécialistes ne suivent pas...

M13:ben je trouve qu'ils sont moins compliants que nous par rapport aux recommandations

de la HAS, c'est le privilège du spécialiste que de se faire ses propres normes parce que si le spécialiste a les mêmes normes que le généraliste tôt ou tard, c'est d'ailleurs l'idée de la sécu avec l'histoire du médecin traitant et de la lettre pour pouvoir accéder au spécialiste, l'intérêt du spécialiste en dehors de son expertise technique va perdre beaucoup de son importance.

E:et vous voyez une explication au fait que les généralistes soient compliants aux normes inscrites dans les recommandations?

M13:enfin moi, je sais pas pour les autres mais moi je suis relativement compliant, je sais pas si ils le sont tous; libéral ne veut pas dire sauvage mais libéral ne doit pas vouloir dire liberté surveillée non plus, or nous sommes en liberté surveillée, à partir où on est conventionné, à la limite, c'est prévu dans le contrat, si on n' est pas content on se déconventionne.

E:ok, maintenant je voudrais revenir même si vous en avez déjà parlé sur les normes qui ne vous sont pas personnelles, les recommandations et celles de la sécu, j'aimerais savoir comment elles influencent votre exercice.

M13:d'abord je les applique pas de façon systématique, c'est vrai qu'il y en a beaucoup qui ne sont en fait que du bon sens et il est même assez terrifiant qu'on nous les rappelle, c'est presque insultant dans certains cas. Ensuite ce sont des normes établies de façon statistique, il y a donc toujours des patients qui échappent à ces schémas établis et puis surtout on a le droit de travailler en fonction de l'individualité du patient et de sa globalité et pas simplement en fonction du savoir qu'on a sur sa pathologie parce que, toutes ces études, elles sont quand même établies selon des résultats liés à l'organique et tout l'aspect psychologique, social, tous ces facteurs qui peuvent influencer à juste titre les choix thérapeutiques sont pas intégrés dans les normes qu'on nous donne. Ceci dit je trouve que quand même, toutes ces normes nous influencent, à force de recevoir de façon répétée de la part de la Haute Autorité de Santé des lettres encadrant la thérapeutique avec les cas d'exclusions, les nouvelles AMM avec: attention, le rhinofluimucil, ça peut plus être utilisé avant l'âge de quinze ans parce que c'est un vasoconstricteur, mais en trente ans de pratiques j'ai jamais vu un seul problème avec ce médicament que je prescrivais beaucoup,

parce que je fais partie des gens qui ne se précipitent pas sur le dernier rossignol sorti et j'estime qu'on peut faire de la très bonne médecine avec 20 médicaments.

E:donc vous arrêtez de le prescrire?

M13:oui, oui...ces recommandations sont biens parce que quelque part on se sent soutenu mais il y a parfois une absence de justification des choses euh et une attitude coupable de l'industrie pharmaceutique qui n'exerce pas, sauf dans de très rares cas, son droit de réponse, on se demande qui a raison. Il y a eu quand même des voltes- face ce qui prouve quand même que la HAS n'a pas toujours un avis fondé, je citerai l'exemple du Kétum qui a été interdit pendant 15 jours et qui est revenu ensuite dans les mêmes indications; autre exemple, le rivotril on avait le droit de le prescrire puis c'est devenu un stupéfiant ce qui ne me dérange pas vraiment, mais pourquoi? Sauf que le rivotril est pour certaines personnes très important, ils en prennent depuis des années. Sont-ils intoxiqués? Je veux pas le savoir dans la mesure où il a vraiment une nécessité médicalement justifiée pour ces gens, le problème est qu'il faut systématiquement, tenez-vous bien, à nouveau envoyer chez un neurologue toute personne étant sous rivotril, et ça c'est depuis le premier mars, pour qu'il donne son aval sur la prescription elle-même tout en devant mettre en place un protocole d'abandon du médicament alors qu'on le prescrit depuis des années, ça je peux vous dire que les gens sont pas contents du tout; donc on doit les envoyer chez le neurologue et le neurologue vous dit: ok vous pouvez continuer et là on peut continuer à le prescrire, donc vous voyez la façon vicieuse qu'ils ont d'imposer les choses. La sécu a décidé qu'il y avait une dérive avec ce médicament et décide qu'il faut moins le prescrire sans tenir compte de ceux qui en ont réellement besoin et pour diminuer cette prescription rendent les choses extrêmement compliquées.

E:oui...alors tout à l'heure vous m'avez expliqué que vous n'appliquiez pas toujours les normes de pratiques parce qu'il fallait tenir compte de l'individualité du patient et de sa globalité, est-ce que vous voyez d'autres freins à l'application de normes pour la pratique de la médecine générale?

M13:ben euh pouf, à priori non. Sauf qu'on peut ne pas être d'accord avec ce qui est présenté comme une norme pour la bonne pratique, et puis et puis ce qui gène un peu

quand même c'est le chambardement qu'elles mettent parfois dans les habitudes thérapeutiques. Je dis pas qu'elles sont forcément bonnes les habitudes mais bon les schémas qu'on nous propose au vu des résultats escomptés, je pense notamment au diabète, j'ai pas vraiment l'impression que ça va bouleverser les résultats; bon la dernière reco on l'a pas encore reçue, on devrait l'avoir reçue déjà, mais bon il y a eu toute une campagne des spécialistes dans la presse médicale et de gens qui ne sont pas inféodés aux laboratoires, disant que on introduit l'insuline trop tard et dans les reco, à mon sens, on maintient l'introduction de l'insuline de façon encore trop tardive mais bon... Les reco, je les ai dans mon placard et je passe pas mes nuits à les réviser et j'ai peut être tort d'ailleurs mais bon voilà... Mais bon les normes pour nos pratiques ça va très loin, il y a les normes biologiques qu'on doit essayer de maintenir, il y a: attention il ne faut pas prescrire cet examen qui n'est pas utile ou alors prescrire celui-ci qui est indispensable, il y a ce médicament il faut le prescrire dans cette indication et seulement après avoir fait cet examen, il y a des normes pour la surveillance du suivi: il faut revoir ce patient avec telle périodicité, réaliser tel type d'examens à chaque fois. On nous vend quand même plein de normes en nous disant c'est ce qui est le mieux pour vos patients mais on sent bien quand même derrière une notion comptable, et après tout pourquoi pas, mais on voit bien qu'à terme il y a certains examens qui vont être déremboursés. On devient un peu parano , le but de notre métier est quand même de nous occuper de la santé de nos patients et pas de faire économiser de l'argent à la sécu... et pour nous aider à vendre leurs objectifs, les gens de la sécu, qui sont des gens charmants au demeurant, nous laissent des plaquettes pour nous aider à expliquer au patient que je peux pas l'arrêter trois mois; alors je vous donne un exemple: pour les lombalgies, parce que ça m'a vraiment énervé, alors lombalgie aiguë sans antécédent, la durée d'arrêt de travail éventuel ça va de 1 à 21 jours en fonction du poids soulevé par la personne dans la journée, 1kilo-1jour, 2kilo-2jours, c'est à peu près ça sauf que il n'y a aucune notion du caractère répétitif du portage, c'est n'importe quoi et puis bien entendu il y a toujours la phrase pour qu'on ne sente pas trop qu'on nous dicte notre conduite, la phrase qui suit: bien entendu vous pouvez faire ce que vous voulez en fonction de l'individualité que vous avez en face de vous. Ceci dit je vais recevoir la représentante

de la sécu le 25 et qui va me présenter mon score de l'année dernière en me disant mais pourquoi autant d'indemnités journalières etc etc, on sent bien qu'il veulent qu'on fasse exactement comme ils veulent sans tenir compte de l'individualité qui nous fait face. Même si on sait pertinemment qu'il y a relativement peu de sanctions, c'est comme les étoiles sur le relevé SNIR, j'ai une quantité effrayante d'étoiles, quatre étoiles sur les indemnités journalières parce qu'il se trouve que j'ai quelques patients très très lourds qui me bouffent mon stock d'IJ parce qu'ils sont arrêtés de longue durée et que le passage, qui devrait être systématique en invalidité, ne l'est pas surtout chez les gens travaillant dans l'administration. Voilà c'est juste un mauvais moment à passer.

E:bien, je souhaiterais maintenant aborder ce dont vous m'avez parlé au début, ce que vous appelez les normes plus personnelles qui sont liées à votre vision de la médecine. Comment vous les élaborez ces normes?

M13:alors ça, c'est très, très flou, je les ai établies, c'est très ancien, en fonction de ma vie d'externe et d'interne, donc j'ai appris à cette époque des façons de faire, des schémas pour diagnostiquer et traiter des pathologies, et puis aussi en fonction de mon attirance pour certains domaines où j'ai beaucoup lu, beaucoup réfléchi et où j'ai opté pour des façons de faire qui me semblent le plus convenir, voilà.

E:ces normes personnelles correspondent à ce que vous aviez pris l'habitude de faire durant votre formation à la fac.

M13:euh oui, mais ces façons de faire je les ai quand même éprouvées dans mon exercice et je vois que ça fonctionne donc je les garde comme des règles qu'il faut suivre même si on adapte avec les nouvelles technologies et les progrès thérapeutiques. Sinon j'ai d'autres règles personnelles du style: toute personne franchissant la porte du cabinet, quelle que soit la raison, a droit à une prise de tension artérielle, ce qui, semble-t-il, n'est pas toujours le cas, enfin des petites choses comme ça. Et puis il y a d'autres normes liées à la pratique: l'amabilité, ne pas se mettre en colère même si on entend un flot de conneries, ça va être aussi manier la carotte et le bâton, il y a des gens qui en ont besoin hein et ça, ça s'apprend pas à la fac ni même dans les stages, ça c'est plus dans le relationnel... Mais bon les normes de bonne pratique nous remettent quand même parfois sur les rails et je suis le premier à le

reconnaître parce qu'on a parfois des obsessions ou des idées préconçues sur beaucoup de choses, ça c'est un peu le danger en médecine générale surtout lorsqu'elle est exercée en individuel.

E:donc vous suivez certaines règles de pratiques apprises à la fac que vous adaptez avec les avancées de la science.

M13:en fait toutes ces règles reposent sur le contrat tacite, là je vous parle pas de cette idiotie de médecin traitant pondue par la sécu, le contrat avec le patient c'est de lui faire bénéficier des meilleurs soins possibles mais on reste des êtres humains bien sûr et on peut se tromper donc on a des règles, des normes qu'on suit pour lui fournir ces meilleurs soins, voilà.

E:une autre question j'aimerais savoir pourquoi à votre avis il y a un besoin de normes pour les pratiques médicales?

M13:(silence).Alors ça c'est pas facile c'est une réponse qui n'est pas facile, moi je pense qu'avant tout c'est une maîtrise comptable, et après tout elle peut se justifier, c'est aussi de rationaliser la pratique devant le progrès thérapeutique et d'exploration. Mais j'ai pas l'impression qu'on fasse de la meilleur médecine qu'il y a 50 ans et nos aînés étaient plus intuitifs, je pense que plus il y a de progrès moins on a le droit à l'erreur et c'est pour ça qu'on a besoin de normes, il faut quand même aborder la chose, ces normes nous permettent d'être plus défendables lors d'un litige.

E:ok, je voudrais savoir ce que vous pensez d'une pratique médicale dont le principe est de suivre des normes?

M13:ce serait bien ennuyeux et bien triste, ça serait la mort de notre profession. C'est vrai qu'on s'oriente vers la télémédecine, vers les ordonnances toutes faites, il y a une dépersonnalisation de l'exercice médicale, à terme hein, on en n'est pas là mais on sent bien qu'on s'oriente dans cette direction. Il y a en ce moment une tendance au formatage et force de penser que le formatage est plus lié à l'économie qu'au progrès de la prise en charge médicale. D'autant plus qu'en surplus on insiste sur la notion d'obligation de résultats et comme tout ça est dans le vent de l'histoire et que ça remplit les journaux et pas seulement les journaux professionnels, il y a des exigences des patients comme si quelque part les

normes plaisaient plus aux patients qu'aux médecins. Voilà je lis dans tels magazines: Elle ou Cosmopolitan que tel grand professeur a dit qu'il fallait faire les choses de telle manière, je vois pas pourquoi mon petit médecin de base n'appliquerait pas ça.(silence).

E:bien on a fait le tour des thèmes que je souhaitais aborder, est-ce qu'il y a des réflexions sur cette notion de normes de pratiques médicales dont vous souhaiteriez me faire part?

M13:euh oui, il y a des normes pour la continuité des soins qui ne sont pas respectées, les hôpitaux ont beaucoup de mal à nous faire parvenir des comptes rendus d'hospitalisation, ça dépend un peu des services, des médecins hospitaliers et puis on n'est pas tenu au courant des décisions prises pour nos patients, on ne participe pas aux décisions; c'est là qu'on devrait imposer des normes de bonnes pratiques pour que le patient puisse bien être pris en charge.(silence).Et puis je pense aussi que les normes devraient être établies pas seulement par un aréopage de spécialistes, on devrait être beaucoup plus impliqué. (silence).On a l'impression que notre métier nous échappe, j'ai rien contre l'idée de normes mais on a le droit d'utiliser des voies plus marginales quand on estime que c'est pour le bien du patient qu'on a en face de nous, donc les ordonnances-types les arrêts de travail-types comme nous demande de suivre la sécu, j'adhère pas trop.

E:bien je voudrais revenir sur l'idée que les médecins généralistes devraient plus participer à l'élaboration des normes, vous pouvez m'expliquer pourquoi.

M13:ben parce que les spécialistes ont quand même une vision plus rétrécie, ils ne voient que l'organe, la physiologie et les généralistes voient plus les choses de façon globale, ils incluent plus de facteurs généraux comme par exemple la situation professionnelle du patient il faut parfois s'adapter. Un exemple, pour une grossesse, certains gynécos nous disent voilà on n'arrête pas les femmes si elles font un travail de bureau etc mais j'ai une patiente qui fait 3 heures de trajet par jour ce qui fatigue le plus donc je l'arrête malgré ce qui est considéré comme la norme par le gynéco. On essaye de faire rentrer nos pratiques dans des cases c'est-à-dire dans des normes et ces normes sont faites de façon moyenne pour une population large et on ne doit pas nous les imposer de façon stricte.(silence).

E:très bien, merci.

M13:mais les normes sont quand même logiques pour certaines, et d'ailleurs les problèmes

qui apparaissent en médecine c'est essentiellement là où il y a pas de normes, les normes elles existent là où c'est bien documenté et s'il y a pas de normes c'est que c'est le foutoir, et qu'on sait pas trop quoi faire.

Entretien n° 14

Identifiant	Sexe	Age	Localisation géographique	Département	Cabinet individuel /groupe	Durée	Particularités
M14	H	48	Urbain	94	Groupe	16’12	-

E:je voudrais d’abord savoir ce que vous évoque la notion de «normes»?

M14:normes… je pense aux normes biologiques qui sont… des repères… des éléments, des informations qui peuvent nous donner des indications sur l’état de l’organisme, sur ses carences, sur son fonctionnement correct, sa lutte contre des pathologies etc… voilà.

E:et maintenant que vous évoque la notion de normes de pratiques médicales?

M14:alors… alors c’est pour moi quelque chose de fondamental… d’essentiel mais qui doit être remis en cause régulièrement, certaines études mettent régulièrement en cause les normes d’hier pour en établir de nouvelles, donc les normes sont de bons guides mais pas des guides fixes ou constants, ça doit être remis en cause relativement régulièrement, ça doit pas endormir, on doit s’informer continuellement…voilà, ce sont de bons guides pour agir.

E:comment vous pourriez définir l’expression «normes de pratiques médicales»?

M14:(silence).Ce sont des principes… des références qui nous indiquent quelles sont les pratiques les plus euh les plus adéquates… qu’on doit avoir pour assurer de bons soins à nos patients, ça s’appuie sur les études scientifiques, les essais cliniques… ça correspond aux recommandations de bonne pratique éditées par les sociétés savantes, la HAS voilà… sinon il y a aussi les normes que la sécu voudrait qu’on observe comme dans la nouvelle convention par exemple…

E:vous êtes donc…

M14:sinon il y a aussi les normes des patients, mais ça c’est plus difficile à … à cerner, ils

ont des exigences, j'ai certains patients qui pensent qu'une consultation où on ne leur délivrerait pas une ordonnance par exemple n'est pas une consultation euh… ils ont parfois une représentation personnelle de ce que doit être une consultation.

E:et vous faites une ordonnance à chaque fois?

M14:non, j'essaye de leur expliquer pourquoi ça n'est pas utile mais je sens que certains sont pas satisfaits, il leur manque quelque chose. Mais il y a quand même une logique dans nos pratiques on ne peut pas prescrire juste pour faire plaisir, il faut que ça soit justifié médicalement.

E:euh… vous êtes donc confronté à cette notion de normes de pratiques médicales dans votre exercice de médecine générale?

M14: oui oui, mais dans toutes les branches de la médecine pas seulement en médecine générale, les spécialistes et les médecins hospitaliers doivent aussi aujourd'hui se fixer sur les résultats des essais cliniques pour pratiquer, la médecine suit de plus en plus une démarche scientifique, on doit évaluer par des études rigoureuses les effets de nos soins mais il faut se tenir au courant régulièrement parce que les avancées sont très rapides et parfois il y a des changements.

E:en pratique, comment vous y êtes confrontés?

M14:… eh bien, on reçoit les recommandations de la HAS régulièrement… sinon on peut aller sur leur site internet, on essaye de les assimiler… enfin on retient les grandes lignes essentiellement et on essaie de les appliquer mais ce qui est très important c'est de se tenir informé des nouvelles avancées en lisant les revues médicales parce que tout évolue très vite et on doit toujours faire bénéficier à nos patients des meilleurs traitements à disposition, voilà… mais on manque parfois de temps pour lire et s'informer, mais c'est important d'essayer de le faire.

E:comment ces normes de pratiques médicales influencent vos pratiques?

M14:comme je vous ai dit, on essaye de les suivre.

E:vous ne pouvez pas toujours?

M14:on ne peut pas systématiquement appliquer à la lettre ce que voudraient les normes scientifiques, nos patients sont souvent plus complexes que les schémas décrits dans les

recommandations… ce sont des sortes de guides à partir desquels on doit réfléchir pour s'adapter au cas particulier qu'on a en face de soi… c'est clair qu'on peut pas appliquer mécaniquement. En fait la grande difficulté c'est que pour soigner nos patients il y a quand même beaucoup d'éléments qui peuvent influencer nos décisions, ce qu'on sait du patient: ses antécédents, ses allergies, ses réactions à certains traitements etc et puis il y a certains patients pour qui c'est plus difficile de faire adhérer… bon on essaye de les convaincre, on leur explique l'intérêt de bien suivre leur traitement , de faire les examens qu'on leur demande mais c'est pas toujours fait, au final on peut pas les forcer.

E:vous voyez d'autres freins à l'application de normes de pratiques médicales en médecine générale?

M14:(silence).euh non… Aujourd'hui on doit s'appuyer sur les essais cliniques et les recommandations qui en découlent pour pratiquer la médecine mais parfois c'est dans l'intérêt du patient de s'en éloigner un peu parce que les recommandations ne sont pas adaptées à son cas. Voilà en fait l'essentiel c'est l'intérêt du patient, on ne prend des décisions que dans l'intérêt de sa santé et la plupart du temps ça correspond aux indications données par les études mais parfois non.

E:les recommandations de la HAS comment elles sont élaborées?

M14:euh, elles sont établies de façon collégiales par des experts… dans le domaine considéré; il y a des généralistes je crois aussi, mais l'idée c'est que c'est discuté en fonction des études scientifiques et ils élaborent une recommandation en fonction des différentes informations qu'ils ont sur le sujet, il y a aussi une gradation en fonction des preuves scientifiques, il y a des recommandations fondées sur un niveau de preuves plus ou moins important, voilà.

E:vous pouvez me donner des exemples de normes de pratiques médicales qui s'appliquent à votre exercice?

M14:euh…par exemple il y a une recommandation sur l'usage des antibiotiques dans les infections respiratoires aigües de l'adulte et de l'enfant qui dit, pour telle infection, selon quels critères on doit ou ne doit pas utiliser d'antibiotiques.

E:pourquoi à votre avis il existe des normes de pratiques médicales?

M14:parce qu'aujourd'hui on ne pratique plus la médecine comme on le faisant quelques temps en arrière, on est passé d'une médecine empirique à une médecine basée sur les preuves…On a besoin aujourd'hui d'une certaine rationalité pour exercer et cette rationalité correspond à ce qui est démontré comme ayant de bons résultats, on ne se fie plus à une impression…ou à des dogmes hein…ou aux opinions de certains grands patrons, on doit avoir quelque chose de solide sur lequel s'appuyer. Alors c'est vrai que certaines études sont plus solides que d'autres pour ce qui est du niveau de preuves et on doit en tenir compte mais aujourd'hui se référer à l'impression qu'on retire de nos expériences c'est dépassé, je crois.

E: est-ce que vous avez le sentiment d'une incitation à suivre des normes de pratiques médicales?

M14:oui, très clairement de la part de la sécurité sociale mais franchement je me fixe pas beaucoup sur leurs demandes parce que ils ont un objectif économique et que mon objectif à moi c'est pas ça, mon objectif c'est de bien soigner mes patients voilà… parfois ça me semble pas vraiment compatible… alors bien sûr, j'essaye d'avoir des pratiques raisonnables et j'essaye de pas prescrire d'examens s'ils sont pas nécessaires, on cherche pas à ruiner notre système de santé, mais j'ai d'abord un devoir envers mon patient, donc je vais pas m'empêcher de prescrire un traitement ou un examen si je pense que c'est utile, juste pour aider la sécu à faire des économies.

E:vous avez des exemples de mesures de la sécurité sociale allant dans le sens d'une incitation à suivre des normes de pratiques?

M14:oui, alors avant il y avait le CAPI qui était basé sur un principe de volontariat et maintenant il y a la nouvelle convention où tout le monde est concerné. Avec ça, ils espèrent nous faire entrer dans leurs normes avec des bonus financiers.

E:et vous en pensez quoi d'être payé pour suivre des normes de pratiques médicales?

M14:je suis contre, ça me semble malsain qu'on nous paye pour suivre leurs normes… même si parfois c'est pertinent… du moins pour une partie, là je pense à la prise en charge de maladies chroniques ou la diminution de la prescription de certains médicaments qui n'ont pas d'effet bénéfique ou qui sont même nocifs, mais une grande partie correspond

quand même à un principe d'économie… même pour certaines mesures purement médicales ça reste controversé comme le dépistage du cancer du sein, la sécu établit des normes sans consulter personne et donc je pense qu'on aura toujours du mal à aller dans leur sens.

E:vous avez l'impression que la sécurité sociale fait des normes toute seule de son côté?

M14:non c'est pas une impression, c'est une certitude qu'ils font ça tout seul, ils n'interrogent pas les professionnels de terrain pour connaître la réalité de ce qu'est la pratique de la médecine… parfois ils tombent juste mais la plupart du temps ils tombent à côté de la plaque. Alors c'est vrai qu'ils essaient de se baser sur des études scientifiques mais ils n'arrivent pas à avoir un regard critique, ils se rendent pas compte que certaines études sont faites à l'hôpital et correspondent pas forcément à ce qui peut se faire en pratique de ville… cette utilisation des données de la science c'est juste pour donner le change hein, leur objectif il est économique. Bon alors c'est vrai que la santé ça coûte cher, ils essaient d'équilibrer les comptes mais nous c'est pas notre priorité… je pense qu'il faut essayer de sauvegarder le système de santé mais pas comme ça et pas en nous forçant à suivre des normes qui pourraient être mauvaises pour nos patients.

E:bien. Que pensez-vous d'une pratique qui serait basée sur le suivi de normes de pratiques médicales?

M14:(silence).Si on devait les suivre strictement ce serait dramatique, pour certains de nos patients en tout cas, parce que pour certains suivre les normes n'est pas bénéfique pour eux parce que leur situation clinique peut être particulière… on a affaire à des êtres humains, ce sont pas juste des mécaniques hein, ça serait dangereux. Les normes sont utiles mais ils ont un côté euh… généralisant euh ce sont des stéréotypes, elles ne peuvent pas être appliquées de manière non réfléchie, il y a un besoin de réflexion pour juger de leur apport en terme de santé pour telle ou telle personne. D'ailleurs je ne pense pas que les normes qu'on nous donne, par la HAS etc , ont pour vocation d'être appliquées de façon systématique. La médecine se doit de s'appuyer sur les informations apportées par la science, des informations sur l'efficacité de tel traitement, les bénéfices de tel type de surveillance etc mais chaque médecin doit faire un travail de réflexion du fait de la particularité de chaque

patient.

E:voilà, j'ai abordé tous les thèmes que je souhaitais abordé avec vous, est-ce que vous avez d'autres réflexions sur cette notion de normes de pratiques médicales?

M14:(silence).Non, non je crois que ce que je vous ai dit reflète bien ce que j'en pense.

Entretien n° 15

Identifiant	Sexe	Age	Localisation géographique	Département	Cabinet individuel /groupe	Durée	Particularités
M15	F	39	Rural	77	Individuel	37'12	-

E:j'aimerais d'abord savoir ce que vous évoque le mot «normes»?

M15:ben, je pense aux normes des différentes conférences de consensus et autres référentiels de pratiques médicales, hein, il y a des normes provenant de différentes sociétés savantes, et puis il y en a provenant de différents pays: les étasuniennes, les françaises et puis les européennes aussi. On essaie de les regarder, et de les respecter surtout les françaises.

E:vous pourriez me donner des synonymes du mot «normes».

M15:des fourchettes...des bornes, voilà.

(interruption de l'entretien par un appel téléphonique au cabinet)

E:et comment définiriez-vous la notion de «normes de pratiques médicales»?

M15:c'est difficile à définir, hein. Je pense que les normes de pratiques médicales correspondent à ce qui est préconisé via les références médicales pour la meilleur prise en charge possible des patients.

E:comment vous êtes confronté à ces normes dans votre exercice?

M15:ben comme tout de suite, on vient de m'appeler pour ajuster un traitement par AVK en fonction des résultats d'INR, donc ce taux d'INR doit se situer entre certaines valeurs pour pouvoir diminuer le risque de complications de la pathologie, et ce taux a été pré-établi par des sociétés savantes en se basant sur différentes études, le but est de soigner de la manière

la plus efficace nos patients.

E:vous m'avez parlé de normes de pratiques médicales qui proviennent de sociétés savantes et de conférences de consensus. Comment ces normes influencent votre exercice?

M15:ben de façon importante puisqu'il est essentiel de s'y référer pour bien soigner les gens... Et puis elles sont changeantes donc il faut se tenir au courant de ces différents changements et des évolutions de la pratique médicale. Il y a régulièrement de nouvelles études qui sont faites sur différents sujets et qui ont pu apporter des améliorations dans la prise en charge des patients.

E:vous dites qu'il est essentiel de s'y référer donc vous les appliquez?

M15:je pense qu'il faut être prudent quand même... sur les nouveaux médicaments par exemple, il y a des sociétés savantes qui nous présentent de nouveaux médicaments comme la référence absolue dans telle ou telle pathologie et je pense qu'il faut avoir un peu de recul, ne serait-ce que pour connaître les effets secondaires à plus long terme, et dans ce cas-là, je ne les prescris pas à des personnes un peu fragiles. Il faut savoir un peu sortir des clous par rapport à des pratiques consensuelles quand on estime que la base des connaissances sur tel ou tel produit n'est pas assez forte pour pouvoir les prescrire en toute sécurité, ça peut être une des raisons pour lesquelles on ne suit pas toujours les schémas pré-établis.

E:et vous voyez d'autres raisons?

M15:oui, il peut y en avoir d'autres euh qui sont plus d'ordre euh, on va dire éthiquement contestables.

E:c'est-à-dire?

M15:ben là, je pense à certains laboratoires pharmaceutiques qui nous présentent leur molécule comme la norme entre guillemets en matière thérapeutique pour telle pathologie, en nous vantant les bénéfices de leur produit par rapport aux autres molécules... je suis pas vraiment sûre de la fiabilité de leur discours.

E:ah oui?

M15:euh oui, ça vous étonne(sourire)... Mais comme je vous dis, on reste très prudent face à leur discours.

E:vous avez l'impression qu'il existe d'autres freins à l'application de normes de pratiques en médecine générale?

M15:non, j'ai l'impression qu'en médecine générale, il y a moins de conflits avec les normes que dans le monde hospitalier, on n'est pas soumis à une hiérarchie et je pense que à la tête des services hospitaliers on retrouve des chefs de service souvent un peu âgés (sourire) et qui ont une vision plus personnelle, je veux dire plus liée à leur expérience acquise durant leur parcours de médecin et qui ont une vision bien arrêtée sur ce qu'il convient de faire et parfois il y a des conflits entre ce que les différents médecins du service considèrent comme devant être fait. En médecine générale, même si on exerce seul, on a quand même des contacts avec nos confrères si on exerce en cabinet de groupe ou même avec des spécialistes mais je pense que globalement les normes décrites dans les référentiels sont suivies alors il peut y avoir de légères variations de pensées mais au final on a tous une pratique très proche les uns des autres.

E:alors vous me parlez de sociétés savantes, de référentiels, de conférences de consensus qui élaborent des normes. Vous savez comment ils les élaborent ces normes?

M15:à partir de différentes études... alors c'est vrai que les études idéales en double aveugle sur beaucoup de patients, les grosses études qui font référence, justement, sont peu nombreuses, la plupart sont plus petites avec plus de biais donc en regardant de plus près on peut toujours trouver à redire sur ces différentes études mais la plupart sont bien faites quand même. Il faudrait garder un regard critique sur ce qui est dit, il peut y avoir des référentiels ou des recommandations de bonne pratique qui peuvent être biaisées soit par des intérêts pharmaceutiques soit parce que les études n'ont pas pu être bien poussées ou étoffées, c'est vrai que ces référentiels ou normes de pratiques médicales ne sont pas toujours établies à partir de grosses études bien faites, il faut être prudent. Moi en pratique, j'essaie de garder un regard critique sur les différentes normes qui sont présentées comme telles mais parfois il y a un manque de temps même si je pense avoir les outils me permettant cette critique, et parfois je me fis au discours de mes confrères que je rencontre dans les FMC ou aussi à un journal en particulier que je sais indépendant par rapport à l'industrie pharmaceutique, je ne le citerai pas mais je pense que vous voyez auquel je fais

allusion qui souvent fait une revue critique et argumentée des différentes normes pour la pratique qu'on veut mettre en place. (silence). Mais sinon il y a des normes qui sont établies parce qu'elles font consensus auprès d'experts et qui font ensuite autorité pour nos pratiques, et ces normes ne sont pas forcément basées sur des études cliniques importantes.

E:pourquoi il existe des normes pour les pratiques médicales?

M15:ben parce que sinon tout le monde ferait n'importe quoi, donc c'est clair qu'il en faut comme les limitations de vitesse sur autoroute, donc voilà il faut les respecter jusqu'à ce que de nouvelles études montrent qu'il faut qu'elles changent, il y a eu pas mal de rebondissements dans ce domaine. Il faut se tenir informé et aussi garder un regard critique et puis parfois il arrive de s'éloigner un peu de cette vision scientifique pour nos pratiques quand on a l'impression de façon plus intuitive de voir que le schéma pré-établi n'a pas l'efficacité escomptée, là on se fie à ce que ressent le patient ou ce qu'il peut nous dire sur l'évolution de ses symptômes.

E:vous avez des exemples de normes de pratiques qui s'appliquent à votre exercice?

M15:ben on a parlé de l'INR tout à l'heure, sinon il y a des normes de surveillance de complications pour le diabète: l'hémoglobine glyquée qu'il faut réaliser tous les 3 mois, l'examen ophtalmique tous les deux ans, ou encore il y a les normes biologiques par exemple le potassium s'il est perturbé peut entraîner des troubles cardiovasculaires donc il faut corriger les écarts de kaliémie, sinon il y a encore des normes de dépistage par exemple le cancer du sein avec la fréquence avec laquelle il faut prescrire les examens de dépistage et la stratégie avec laquelle il faut choisir les différents examens à réaliser, dans quel ordre etc.

E:avez-vous le sentiment d'une incitation à suivre des normes de pratiques médicales?

M15:oui de la part des pouvoirs publiques.

E:vous pouvez m'en dire plus?

M15:oui la sécurité sociale exerce une incitation à bien suivre les différentes recommandations de bonnes pratiques et puis aussi à avoir une pratique médicale qui ne soit pas dispendieuse.

E:vous avez des exemples de mesures allant dans ce sens?

M15:la dernière convention médicale qui prévoit de nous rémunérer en fonction de notre observation de normes, je crois que votre sujet vient de là non?

E:(sourire). Et qu'est-ce que vous en pensez d'être payé pour observer des normes?

M15:c'est une question qui ne me surprend pas parce que beaucoup se la posent en ces termes. Je pense que l'avantage de ce système est que c'est dans le sens de la carotte et pas du bâton et donc c'est une bonne chose mais je crois que, quand on a une réflexion éthique sur notre métier, ça n'a pas grand intérêt. Que nos pratiques soient dans les clous et que pour cela on nous donne une prime tant mieux mais si nos pratiques ne correspondent pas à leurs normes et bien tant pis, je vais pas prescrire plus certaines choses pour obtenir un avantage financier. Mais sinon la sécu nous incite de bien des façons en dehors de la nouvelle convention médicale à nous conformer à des normes et d'ailleurs elle est dans son rôle avec le problème du financement des soins, il y a de plus en plus de pathologies chroniques et lourdes avec le vieillissement de la population et qui va pas aller en s'arrangeant mais j'espère qu'on n'en arrivera pas à d'autres types de normes comme en Angleterre ou autre où on ne met plus de PTH à partir d'un certain âge et qui ne sont plus des normes d'origine médicale mais des normes d'origine politico-économique.

E:et la sécurité sociale quand elle fixe des normes de pratiques médicales quelle en est la raison?

M15:économies d'argent, améliorer la qualité de suivi des maladies chroniques, améliorer le dépistage de maladies qui pourraient être traitées si elles sont dépistées tôt, ça va aussi dans le sens d'une amélioration de la santé de la population.

E:ces normes de la sécurité sociale qui ont donc un objectif double de qualité des soins et de contrôle des dépenses médicales, que pensez vous de leur valeur?

M15:parfois elles me semblent justifiées parfois non, comme je vous disais tout à l'heure, je me réfère justement à cette revue médicale qui analyse souvent tout ça. Je l'ai pas cité mais vous le ferez apparaître dans votre travail ou pas, c'est en fait Prescrire, qui sont assez critique sur toutes les normes dont celles du CAPI qui existaient avant d'être rendues quasi obligatoires entre guillemets par la nouvelle convention. Bon voilà il faut savoir que cette mesure qui a été mise en place là , elle a été mise en place pour qu'on ne puisse pas la

refuser puisque, pour la refuser, il fallait faire tout un tas de démarches administratives et autres pour pouvoir dire non et j'ai pu lire récemment qu'il y avait des entreprises ou autres qui demandaient le nom des médecins qui auraient refusé cette partie de la nouvelle convention, il y a vraiment de quoi s'interroger, pourquoi est-on surveillé comme ça?

E:que pensez-vous d'une pratique médicale dont le principe serait d'observer des normes?

M15:la médecine est une pratique humaine et on a à gérer des personnes et pas des chiffres ou des organes et donc la pratique va plus loin que le simple respect de normes et de ce qui va avec. Je vous donnerais un exemple qui est facile et en plus en réflexion dans l'air du temps: les patients cancéreux qui sont en fin de vie et incurables, pour lesquels on a mis en place des soins palliatifs et pour qui on ne respecte plus les normes biomédicales à tout prix, jusqu'au bout, pour simplement rester dans le respect des normes; la norme elle-même est devenu non pertinente puisqu'à cet instant-là on ne doit plus s'acharner.

E:vous pensez donc que les normes de pratiques sont des normes biomédicales?

M15:euh oui, ces normes sont établies en fonction de termes de morbidité, de mortalité, de prévention de survenue de problèmes organiques et donc leur respect est à moduler en fonction d'autres considérations non organiques entre guillemets.

E:en fonction de quelles considérations?

M15:c'est compliqué à dire... en fonction de ce qu'ils acceptent euh, du coté pratique ou pas de ce qu'on leur demande de faire, de leurs attentes mais enfin jusqu'à une certaine limite on peut pas faire n'importe quoi. Leur guérison, leur santé est notre première préoccupation mais on peut pas faire sans leur acceptation.

E:donc globalement vous les suivez et parfois vous vous adaptez.

M15:pour la grande majorité, je les suis et avec quelques patients je dois les moduler en fonction de leur situation spécifique.

E:très bien, j'ai abordé l'ensemble des thèmes que je souhaitais aborder avec vous, est-ce que vous avez des réflexions sur cette notion de normes de pratiques médicales dont vous voudriez me faire part?

M15:euh non, je crois que c'est un travail intéressant parce qu'on va arriver dans une période charnière avec une population vieillissante et aussi avec des patients qui sont de

plus en plus au courant de toutes les techniques médicales et qui nous demandent des examens qui ne sont pas dans la norme c'est-à-dire qui ne correspondent pas à la manière logique et rationnelle de faire les choses, on va avoir de plus en plus de difficultés à imposer une médecine qui serait centrée sur la logique médicale mais il va falloir prendre d'autres facteurs que je qualifierais d'externe à l'essence de la médecine pour diriger nos pratiques.

E:c'est-à-dire?

M15:et bien des normes financières dont on parlait tout à l'heure.

Entretien n° 16

Identifiant	Sexe	Age	Localisation géographique	Département	Cabinet individuel /groupe	Durée	Particularités
M16	F	53	Urbain	75	Individuel	20’58	-

E:j'aimerais d'abord savoir ce que signifie le mot «normes» pour vous?

M16:euh, là c'est difficile au sorti d'une consultation de 20 personnes.

E:qu'est-ce que ça vous évoque plus simplement?

M16:bon, je dirais normalité, discipline aussi, respecter des consignes.

E:d'accord et que vous évoque l'expression des «normes de pratiques médicales»?

M16:qu'est-ce que vous entendez par normes? ça serait plus facile pour moi de répondre si vous m'expliquiez de quoi vous voulez parler.

E:justement ce qui m'intéresse c'est ce que vous, vous voyez dans cette expression «normes de pratiques médicales».

M16:non, parce que il y a des normes pour des choses différentes dans nos pratiques: des normes pour la qualité des soins, des normes pour les modalités de prescription, des normes dans nos relations avec les patients.

E:toutes ces normes m’intéressent.

M16:alors, il y a des normes dans la relation avec le patient, une des choses les plus

importantes est la confiance et pour que le patient nous fasse confiance il faut d'abord savoir l'écouter et pas repousser son discours; il faut aussi être franc, ne pas lui cacher la vérité ou noyer le poisson notamment quand on est perplexe devant son cas, il faut le lui dire; une autre norme, pour moi, c'est d'offrir à mes patients une vraie consultation qui dure 20 à 30 minutes, vous avez bien vu, c'est un minimum pour bien les prendre en charge... voilà la confiance me paraît essentielle pour éviter ce qu'on appelle le nomadisme médical, qui ne peut pas aboutir à une bonne prise en charge des problèmes de santé des gens.

E:ces normes de relation, d'où proviennent elles?

M16:c'est moi qui me les impose, je pense que c'est euh des règles euh on va dire incontournables pour une bonne pratique de la médecine.

E:vous me parliez aussi de normes pour la qualité des soins et les modalités de prescription.

M16:oui, alors ça ce sont les recommandations de bonne pratique qui sont faites par la HAS. Et je trouve qu'elles sont essentielles notamment pour tout ce qui est maladie chronique, par exemple le diabète, l'hypertension artérielle, l'asthme ou les BPCO, pour toutes ces maladies assez complexes qui sont installées dans le temps il est indispensable d'avoir une prise en charge assez stricte. On a besoin d'avoir des indications sur ce qui est le plus efficace et donc on se base sur les résultats des essais cliniques et les avis d'experts, je trouve ça bien fait et il m'arrive de regarder pendant la consultation les recommandations de la HAS... Mais il y a aussi les conduites à tenir qu'on nous donne durant les formations continues parce que ça change vite tout de même, il y a des nouvelles façons de faire qui apparaissent plus efficaces régulièrement, il faut se mettre à jour continuellement. Voilà, pour ma pratique, je me fie aux recommandations de la HAS, à ce qui nous est dit en FMC mais je me base aussi sur ce que j'ai appris à l'hôpital, on nous a enseigné que telle façon était une bonne façon de faire donc on suit cet enseignement.

E:ce que vous faisiez à l’hôpital vous continuez à le faire par habitude ou ?

M16:non non, c'est parce que j' adhérais à cette façon de faire et qu'elle me semble convenir pour bien soigner mes patients donc je continue à appliquer les principes qu'on appliquait à l’hôpital.

E:d'accord donc toutes ces normes influencent vos pratiques.

M16:oui, moi j'adhère complètement.

E:est-ce que vous voyez des freins à l'application de ces normes de pratiques médicales en médecine générale?

M16:euh oui, on peut pas les appliquer strictement toujours, il y a des patients pour lesquels on est obligé de s'écarter un peu de ce que disent les normes. Par exemple lorsqu'il y a des contre-indications ou des effets secondaires de certains médicaments; sinon il y a aussi certains patients qui ont une situation plus compliquée avec d'autres maladies associées par exemple. On s'adapte quand même. En fait, ces normes sont pour moi un point de départ, je regarde ce que dit la recommandation et je réfléchie en fonction de mon patient si c'est adapté à son cas, la recommandation ne peut pas prévoir toutes les possibilités que l'on peut rencontrer, il y a des cas atypiques tout de même.

E:d'accord, vous voyez d'autres freins?

M16:euh(silence).Oui certains patients, surtout en ce qui concerne les pathologies chroniques, ont du mal à s'astreindre à suivre ce que voudrait la norme entre guillemets(sourire), je pense, en fait, à certains examens complémentaires qu'il faudrait réaliser périodiquement dans le diabète par exemple, certains patients trouvent ça un peu lourd on va dire, donc si le diabète est à peu près équilibré, je n'insiste pas(silence). Comme je disais tout à l'heure, il faut essayer de garder une bonne relation avec nos patients, ça rend notre prise en charge plus efficace sur le long terme, ça veut pas dire que je n'insiste jamais hein, il faut parfois expliquer au patient que c'est indispensable, que s'il ne font pas certains examens ça peut être préjudiciable pour leur santé, mais au final la décision leur revient, on peut pas soigner des gens s'il refusent de le faire, mais quand même, en général, ça se passe bien.

E:d'accord, vous pouvez me donnez quelques exemples de normes qui s'appliquent à votre pratique.

M16:alors par exemple, pour l'hypertension artérielle, on nous dit que, pour en faire le diagnostic, il faut constater une élévation de la tension artérielle prise après un certain temps de repos et lors de deux consultations à distance l'une de l'autre, qu'il faut

commencer le traitement par une monothérapie etc... sinon pour la prescription des antalgiques, il y a des classes à respecter avec un ordre pour les utiliser, ou encore pour le diabète dont on parlait, il faut réaliser des hémoglobines glyquées régulièrement et il faut viser un niveau de dosage particulier.

E:très bien et toutes ces normes sur quoi se basent-elles?

M16:ben sur les avis d'experts et différents essais cliniques. C'est vrai qu'il y a un niveau de preuve plus ou moins important mais globalement je me fie aux recommandations avec une adaptation au cas par cas comme je vous ai dit.

E:et pourquoi existe-t-il des normes, d'où vient ce besoin de normes?

M16:en fait, la pratique de la médecine est une pratique solitaire, on est seul face à son patient, contrairement à l'hôpital où les décisions sont prises de façon collégiale souvent ou, du moins, on a la possibilité de discuter avec nos confrères assez facilement, donc cet isolement en médecine de ville est propice à des erreurs euh... plutôt à une prise en charge imparfaite, je dirais, on a besoin de normes pour nous indiquer ce qui se fait actuellement dans telle ou telle pathologie. En médecine générale, le problème c'est le manque de temps, j'ai pas le temps de lire toutes les revues médicales et on peut pas faire autant de formation que l'évolution des pratiques rend nécessaire, donc avoir des collèges d'experts qui réfléchissent et nous indiquent ce que les avancées de la recherche recommandent comme optimal pour la santé de nos patients est une très bonne chose...voilà...et puis en médecine libérale, on est très libre pour nos prescriptions et parfois on se laisse influencer, quand il y a un tout nouvel antihypertenseur qui sort on a envie de l'essayer surtout lorsqu'on entend le discours des labo qui nous vante l'avancée miraculeuse(sourire) qu'apporte leur produit mais on n'est pas vraiment dupe de leur discours...ou alors je sais pas parfois le fait de prescrire tout le temps de l'amoxycilline ça fait un peu vieillot et on a envie de prescrire un nouvel antibio, on se laisse un peu avoir par la nouveauté et bien les normes sont là pour recadrer les choses pour nous rappeler ce qui à été éprouvé et qui marche bien.

E:d'accord, est-ce que vous avez le sentiment d'une incitation à suivre des normes de pratiques médicales?

M16:oui...

E:c'est-à-dire?

M16:ben de la sécu, rien qu'avec la nouvelle convention ou alors la visite tous les trois mois qu'on a d'un agent de la sécu qui vient avec notre relevé des actes pour nous dire qu'on prescrit trop de ceci, les IPP par exemple ou qu'on fait pas assez de dépistage de cancer colo-rectal, à sa dernière visite, c'est ce qu'elle m'a reproché, alors je lui ai montré le tas de dépistage que j'ai fait, elle comprenait pas. Ils nous contrôlent sur notre activité mais la plupart du temps leurs informations sont fausses, c'est très mal fait. En plus, ce que je comprend pas bien c'est qu'ils comparent mon activité par rapport à mes confrères de la région, on n'a pas forcément le même type de patients, ça ce sont juste des normes statistiques par rapport à ce que font la plupart des gens, ils ne s'intéressent pas au patient à qui je dispense des soins, c'est une vision des choses déshumanisée.

E:quel est l'objectif de la sécu avec cette incitation à suivre des normes de pratiques médicales?

M16:oh financière bien sûr, on dépense trop d'argent selon eux alors c'est sûr qu'il faut faire attention mais c'est un facteur de second ordre, je dirais. D'abord je m'occupe de la santé des gens puis si je peux je le fais de façon économique, il y a une sorte de contrat moral entre le patient et nous, les gens viennent pour qu'on prenne en charge leurs problèmes de santé et je dois leur donner toutes les chances pour guérir ou aller mieux sans me poser la question des conséquences pour la société, en tout cas pour l'instant c'est comme ça, le système de santé pourrait changer, espérons qu'on n' en arrivera pas à des systèmes comme aux États-Unis par exemple.

E:et ces normes financières de la sécu, sur quoi les fonde-t-elle?

M16:je sais pas trop, je crois que ce sont des médecins qui n'ont jamais prescrit de leur vie je pense, ils ont fait les mêmes études que nous mais se sont orientés vers une carrière administrative et puis il y a sûrement des spécialistes de l'économie. Alors bien sûr, ils ne font pas n'importe quoi, ils se basent quand même sur les avis d'experts, les données de la science mais globalement leur motivation est financière. Pour prendre un exemple, les IPP, ça coûte cher et ils voudraient qu'on en prescrivent le moins possible mais parfois j'ai des patients qui même s'ils ne rentrent pas dans la stricte indication du médicament mais qui

ont un discours qui peut faire évoquer une fragilité de l'estomac, je le prescris tout de même pour pas prendre de risque. La sécu, elle, voudrait que je ne le prescrive pas et que je prenne des risques pour mon patient, on n'a pas la même orientation.

E:vous m'avez parlé de la nouvelle convention qui incitait à suivre des normes. Que pensez-vous d'être rémunérée en fonction de votre observation de normes de pratiques?

M16:alors je suis totalement contre ce principe, j' ai fait médecine pour prendre en charge des malades parce que je suis concernée par leur santé, et cette prise en charge doit être optimale indépendamment d'une prime qu'on nous donnerait, je comprend pas qu'on donne de l'argent pour quelque chose qui devrait être fait spontanément et qui est à la base de notre contrat moral avec le patient. D'ailleurs quand la personne de la sécu est venue m'expliquer le CAPI, toutes les demandes concernant la prise en charge de pathologies, je les appliquais déjà. Après pour ce qui concerne les génériques, je n'ai rien contre cette idée mais parfois c'est difficile de le faire accepter à certains patients qui ont l'habitude d'un médicament particulier et puis parfois les médicaments ont été institués par un confrère spécialiste et je ne peux pas les changer comme ça.

E:que pensez-vous d'une pratique médicale dont le principe serait d'observer des normes?

M16:si c'était une observation stricte, je serais contre comme je vous disais il y a des cas atypiques qui nécessitent des adaptations et puis il y a une chose quand même, tous les essais cliniques et ces normes qu'on nous donnent pour prendre en charge nos patients sont des normes, comment dirais-je, des normes qui sont faites à partir de l'idée de maladie, on dit qu'il faut diminuer le taux de sucre, diminuer la tension artérielle, diminuer le taux de cholestérol, qu'il faut faire tel type d'examen mais on ne s'occupe pas comment les patients vivent tous ces traitements, ces examens, on considère peu le coté ressenti des patients dans ces normes; même si ces aspects pour nous médecins sont secondaires pour nos prises de décisions mais pour le patient cet aspect est important pour son adhésion à nos prescriptions.(silence). Quelle était la question déjà?

E:je voulais savoir ce que vous pensez d'une médecine basée sur le suivi de normes.

M16:oui, oui(silence). On peut pas se le cacher non plus mais c'est vrai que les normes c'est pour nous une aide, une protection si on a un problème, ça permet aussi de nous défendre

que d'expliquer qu'on a suivi les règles de pratique si un problème survenait.

E:très bien. J'ai abordé les thèmes que je souhaitais aborder avec vous, y a-t-il des réflexions sur cette notion de normes de pratiques médicales dont vous voudriez me faire part?

M16:non, comme je vous ai dit qu'il existe des normes de pratiques est important pour soi-même pour nous aider, nous recadrer, éviter les dérives dues à notre liberté de décision, pour le patient aussi, ça lui assure la meilleure prise en charge que permet les avancées de la science. Par contre un flicage ne me paraît pas être une bonne chose, on doit être fliqué par sa propre conscience, le patient nous fait confiance, il nous livre sa santé et on doit lui apporter tout ce qu'on peut sans pour cela y être incité par qui que ce soit.

ANNEXE 2

TEXTE STANDARDISÉ D'INTRODUCTION À L'ENTRETIEN.

Bonjour, merci de me recevoir et d'avoir accepté de participer à mon travail de thèse de médecine générale.

Ce travail de recherche se propose d'explorer la notion de norme dans votre champ d'activité. Notre entrevue va se dérouler sous la forme d'un entretien guidé par un certain nombre de questions. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses à ces questions, mon objectif est d'obtenir vos réflexions et votre vision personnelle sur cette notion. Comme convenu, l'entretien sera enregistré afin de permettre une analyse plus fine de toutes les idées que vous allez aborder. L'enregistrement sera retranscrit et cette retranscription anonymisé sera mise en annexe dans le manuscrit de thèse.

Avez-vous des questions à me poser avant que l'on commence l'entretien?

ANNEXE 3

GUIDE D'ENTRETIEN

- Que vous évoque la notion de normes?
- Que signifie l'expression, pour vous, «des normes de pratiques médicales»?
- Avez vous l'impression d'être confronté à des normes de pratiques médicales dans votre exercice quotidien? Comment?
- Comment les normes de pratiques médicales influencent-elles votre pratique?
- Quels freins voyez-vous à l'application de normes de pratiques médicales en médecine générale?
- Pourquoi existe-t-il des normes pour les pratiques médicales?
- Avez-vous des exemples de normes qui s'appliquent à votre pratique?
  Sur quoi sont-elles fondées? Par qui sont-elles élaborées?
- Avez-vous le sentiment d'une incitation à suivre des normes dans vos pratiques médicales? Qu'en pensez-vous?
- Quel est selon vous l'objectif visé par cette incitation à suivre des normes de pratiques médicales?
- Que pensez-vous d'être rémunéré pour suivre des normes de pratiques médicales?
- Que pensez-vous d'une pratique médicale basée sur le suivi de normes?
- Avez-vous d'autres réflexions sur la notion de normes de pratiques médicales dont vous voudriez me faire part?

GLOSSAIRE

AcBUS	Accords de Bon Usage des Soins
AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
ALD	Affection Longue Durée
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ANDEM	Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale
AVK	Anti-Vitamine K
CAPI	Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
E	Enquêteur
EBM	Evidence-Based Medicine
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
EPU	Enseignement Post-Universitaire
FMC	Formation Médicale Continu
HAS	Haute Autorité de Santé
HbA1C	Hémoglobine A1C
HTA	HyperTention Artérielle
INR	International Normalized Ratio
IPP	Inhibiteur de la Pompe à Protons
ISO	International Organization for Standardization
RIAP	Relevé Individuel d'Activité et de Presciptions
RMO	Références Médicales Opposables
TDR	Test de Dépistage Rapide

RESUME:

Depuis le début des années 1990, l'assurance maladie, dans le cadre de la politique de maîtrise médicalisée des dépenses de santé, multiplie les mesures incitant les médecins à se conformer à des référentiels de bonne pratique consacrant ces derniers en normes de pratiques médicales.

L'objectif de cette thèse était d'explorer les représentations et ressentis des médecins généralistes sur les normes de pratiques médicales dans ce contexte de normalisation croissante.

Nous avons réalisé, pour cela, des entretiens qualitatifs individuels semi-dirigés auprès de 16 médecins généralistes d'Île-de-France.

L'analyse thématique des entretiens a permis de mettre en évidence que les médecins avaient l'impression d'être confrontés à de multiples normes de pratiques médicales provenant de diverses sources. Les normes de l'assurance maladie et les normes scientifiques présentées sous forme de recommandations ont été perçues avec plus d'intensité. Ils ont dit considérer ces normes comme des repères indicatifs et non comme des impératifs auxquels se conformer. Une normalisation stricte des pratiques ne leur semblait pas compatible avec leur profession étant donné le caractère singulier et complexe de chaque situation et la nécessaire prise en charge globale de leurs patients. Ils ont opposé des arguments éthiques à toute normalisation insistante. Des normes obligatoires leur ont semblé néfastes pour la qualité des soins. Les médecins ont dit mieux accepter les normes scientifiques que les normes de l'assurance maladie qui leur ont semblé orientées par des considérations économiques. Ils ont dit également ressentir une pression normative importante provenant de l'assurance maladie.

L'ensemble de ces résultats permet de contribuer à la mise en évidence des enjeux de la normalisation actuelle des pratiques médicales.

Mots-clés: Norme, médecins généralistes, recommandation, représentation, ressenti.